

VIKTIGA FAKTORER FÖR FÖRÄNDRINGSPROCESSEN GÄLLANDE HÄLSOFRÄMJANDE LIVSVANOR

Linda Sundström

Masterarbete
Hälsofrämjande
2014

MASTERARBETE	
Arcada	
Utbildning:	Hälsofrämjande (HYH)
Identifikationsnummer:	4930
Författare:	Linda Sundström
Arbetets namn:	Viktiga faktorer för förändringsprocessen gällande hälsofrämjande livsvanor
Handledare (Arcada):	Ira Jeglinsky-Kankainen
Uppdragsgivare:	i samarbete med Karjalohjan Päiväkumpu Oy
<p>Sammandrag:</p> <p>Hälsa kan ses som en av de viktigaste resurser vi har. För att kunna uppnå hälsa, måste vi kunna förändra våra livsvanor. Förändringar av hälsofrämjande beteende är dock inte lätt. Anammande av nya hälsofrämjande beteenden kan ta fem månader upp till sex år och återfall är vanliga.</p> <p>Syftet med detta masterarbete är att söka en djupare förståelse för lyckade förändringsprocesser vad gäller hälsofrämjande livsvanor bland friska personer. Denna forskning strävar till att utreda vilka faktorer som påverkar förändringsprocessen.</p> <p>Studien är en kvalitativ intervjustudie. Studiens teoretiska referensram stöder sig på empowerment, salutogenes och hälsoaktionsmodellen. Datainsamlingen skedde genom fokusgruppintervjuer. Informanterna har rekryterats bland vuxna friska personer, som varit inne på sin sista kursdel av Aslak-rehabilitering och som under Aslak-rehabiliteringen har uppnått en eller flera av sina egna uppsatta målsättningar. Tio informanter uppdelade på två grupper har intervjuats. Fokus har riktats in på forskningsämnet genom halvstrukturerade, öppna frågor. Resultatet har analyserats som innehållsanalys med en vad Krueger och Casey (2009) kallar för ”classic approach”.</p> <p>För väckande av intention till förändring av beteende, har informanterna talat om faktorer som: möjlighet att delta i rehabilitering och få en brytning i vardagsrutiner. Vilja att ta ansvar för sin egen hälsa och ge sig själv en möjlighet att förändras. Fakta om bl.a. risker med ohälsosamma levnadsvanor och sätt att leva mer hälsosamt. Stöd men med en självbestämmande rätt till vad och hur beteende skall förändras.</p> <p>För anammande av det nya beteendet lyfter informanterna fram följande faktorer: Positiva erfarenheter och upplevelser samt stärkning av självförtroende och självaktning. Stöd av andra personer och grupper. Stärkt intresse för den egna hälsan och en upplevelse av att ha rätt att satsa på sig själv. Tidsplanering och att införa förändringar som passar in i vardagen och arbetslivet.</p> <p>En lyckad förändringsprocess verkar leda till en positiv spiral, där personens självförtroende stärks såväl som hennes empowerment-styrka och känsla av sammanhang.</p>	
Nyckelord:	Hälsofrämjande, Förändringsprocessen, Salutogenes, Empowerment, Hälsoaktionsmodellen
Sidantal:	72
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	16.12.2014

MASTER'S THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Health promotion (Master)
Identification number:	4930
Author:	Linda Sundström
Title:	Viktiga faktorer för förändringsprocessen gällande hälsofrämjande livsvanor
Supervisor (Arcada):	Ira Jeglinsky-Kankainen
Commissioned by:	with Karjalohjan Päiväkumpu Oy
<p>Abstract:</p> <p>Health can be considered one of our most important resources. In order to reach a decent health level we must be able to change our habits of living. But changes in health related behaviour, is not that simple. Acceptance of new health related behaviour can take from five months up to six years and relapse is common.</p> <p>The aim of this master's thesis is to grasp a deeper understanding, related to successful processes of change according to health related habits of living among healthy people. This research wants to find out which factors influence the change process.</p> <p>The study is a qualitative interviewstudy . The theoretical frame of reference rests on empowerment, salutogenesis and a health action plan-model. Gathering of data was done through interviews in focus groups. The informants were recruited among adult people being on their last course of Aslak-rehabilitation and who on the Aslak-rehabilitation had achieved one or more of the goals set by themselves. Two focus groups, five persons each, have been interviewed. Focus has been directed towards the research subject through half structured open questions. The result has been analysed as a contents analysis with a classical approach.</p> <p>To awaken the behavioural intention of change the informants have discussed factors as: possibilities to participate in rehabilitation and taking brakes in daily routines. The will to take the responsibility for ones owns health and give oneself a chance to change. Information, among others, of the risks of unhealthy lifestyle and of ways to a more healthy living. Support, but with the sovereignty to what and how the behaviour shall change.</p> <p>For the acceptance of new behaviour the informants highlights the following: Positive experiences and adventures and the strengthening of self-confidence and self-respect. Support by other people and groups. Intensified interest in one's own health and an experience to have the right to back up oneself. Time management and bringing in changes which fits into daily life and workday.</p> <p>A successful process of change seems to lead to a positive spiral, where a person's self-confidence is strengthened likewise her empowerment and feelings of coherence.</p>	
Keywords:	Health promotion, Processes of change, Salutogenesis, Empowerment, The Health action plan
Number of pages:	72
Language:	Swedish
Date of acceptance:	16.12.2014

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Terveiden edistäminen (Ylempi AMK)
Tunnistenumero:	4930
Tekijä:	Linda Sundström
Työn nimi:	Viktiga faktorer för förändringsprocessen gällande hälsofrämjande livsvanor
Työn ohjaaja (Arcada):	Ira Jeglinsky-Kankainen
Toimeksiantaja:	yhteistyössä Karjalohjan Päiväkumpu Oy
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Terveyttä voidaan pitää yhtenä tärkeimmistä voimavaroistamme. Saavuttaaksemme hyvän terveyden meidän täytyy pystyä muuttamaan elämäntapojamme. Muutokset terveyttä edistävissä käyttäytymistavoissa eivät ole helppoja. Uusien terveyttä edistävien tapojen omaksuminen voi ajallisesti kestää viidestä kuukaudesta kuuteen vuoteen ja uusiutuminen on tavallista.</p> <p>Tämän lopputyön tarkoituksena on syventää ymmärrystä, terveyttä edistävien elämäntapojen muutosprosessien onnistumisista, terveiden ihmisten kohdalla. Tämä tutkimus pyrkii selvittämään, mitkä tekijät vaikuttavat muutosprosessiin.</p> <p>Tutkimus on laadullinen haastattelututkimus. Tutkimuksen teoreettinen vertailupohja nojautuu voimaantumiseen, salutogeeniseen-näkökantaan ja ”The health action plan”-malliin. Aineiston kokoaminen tapahtui haastatteluina fokusryhmissä. Haastateltavat on rekrytoitu terveiden ihmisten joukosta, jotka osallistuivat viimeiselle jaksolle Aslak-kuntoutusohjelmassa ja jotka Aslak-kuntoutuksen aikana ovat saavuttaneet yhden taikka useamman itse asettamistaan tavoitteista. Kymmenen henkilöä kahdessa ryhmässä on haastateltu. Fokus on suunnattu tutkimusaiheeseen puolistrukturoitujen avointen kysymysten muodossa. Tulos on analysoitu sisällönanalyysinä ja ns. klassisella lähestymistavalla Krueger ja Casey (2009) mukaan.</p> <p>Käyttäytymisen muutostarpeen aikaansaamiseksi, haastateltavat ovat keskustelleet tekijöistä kuten: mahdollisuuksista osallistua kuntoutukseen ja irtautumiseen arjesta. Halu ottaa vastuuta omasta terveydestään ja antaa itselleen mahdollisuus muuttua. Tietoa mm. epäterveellisten elämäntapojen riskeistä ja tavoista elää terveellisemmin. Tukea, mutta itsemääräämisoikeudella siihen, mitä ja miten muutos tapahtuu.</p> <p>Uuden käyttäytymisen omaksumisessa haastateltavat nostavat esille seuraavat tekijät: Myönteiset kokemukset ja tapahtumat sekä itsevarmuuden ja itsekunnioituksen vahvistumisen. Muitten ihmisten ja ryhmien tuen. Lisääntyneeseen mielenkiintoonsa omaa terveyttänsä kohtaan ja elämykseensä siitä, että heillä on oikeus panostaa itseensä. Ajan hallinta ja muutosten sopiva sovittaminen arkeen ja työelämään. Onnistunut muutosprosessi näyttää johtavan myönteiseen kierteseen, jossa henkilön itseluottamus vahvistuu kuten myös hänen voimaantumisensa ja tunne johdonmukaisuudesta.</p>	
Avainsanat:	Terveiden edistäminen, Muutosprosessi, Salutogeeninen, Voimaantuminen, The health action plan
Sivumäärä:	72
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	16.12.2014

INNEHÅLL

1	INLEDNING	7
2	BAKGRUND.....	9
2.1	Aslak-rehabilitering	10
2.1.1	Målsättning inom Aslak rehabiliteringen.....	11
2.2	Tidigare forskning	13
3	SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	19
4	TEORETISK REFERENSRAM.....	20
4.1	Salutogenes.....	20
4.1.1	Känslan av sammanhang.....	20
4.1.2	Uppbyggnad av KASAM.....	22
4.1.3	Problemhantering	23
4.2	Empowerment på individnivå	23
4.2.1	Empowerment kopplat till hälsofrämjande.....	25
4.3	Förändring av hälsobeteende.....	26
4.3.1	Hälsoaktionsmodellen på individnivå	26
5	METOD	32
5.1	Insamling av data	32
5.2	Informanter	33
5.3	Transkription och analys av data.....	35
5.4	Etiska överväganden	36
6	RESULTAT	38
6.1	Faktorer som hos informanterna påverkar skapande av intention till förändring av hälsobeteende	38
6.1.1	Rehabilitering.....	39
6.1.2	Ta ansvar för sin hälsa	40
6.1.3	Fakta.....	40
6.1.4	Avbrytning av normala vardagsrutiner.....	41
6.1.5	Stöd av rehabiliteringsteamet.....	42
6.1.6	Att ge sig själv möjlighet till förändring	42
6.1.7	Ordna saker och ting så att förändringen är möjlig	43
6.2	Faktorer som informanterna lyfter fram som stödande av nya hälsobeteendet och dess anammande.....	44
6.2.1	Positiva upplevelser och erfarenheter	44
6.2.2	Stöd av andra personer och grupper.....	46

6.2.3	Stärkning av självaktning och självförtroende	47
6.2.4	Få in hälsofrämjande beteende i vardagen och arbetet	49
6.2.5	Stärkt intresse för egen hälsa och välmående	50
6.2.6	Förändring i hur man förhåller sig till saker	51
6.2.7	Tidsplanering	52
6.2.8	Att ha rätt till att satsa på sig själv	52
7	DISKUSSION	54
7.1	Diskussion gällande intention till beteende	55
7.2	Diskussion gällande anammande av beteende	57
7.3	Diskussion om förhållande mellan de olika komponenterna	60
7.4	Diskussion om framtiden	61
7.5	Diskussion i förhållande till den tidigare forskningen	62
8	KRITISK GRANSKNING	66
8.1	Val av metod.....	66
8.2	Validitet	66
8.3	Reliabilitet	68
8.4	Generaliserbarhet.....	69
	KÄLLOR.....	70
	FIGURER	73
	Figur 1. Hälsoaktionsmodellen	73
	Bilagor	74
	Bilaga 2. Sökord, databaser och träffar.....	75
	Bilaga 3. Fokusgruppens intervjuguide	76
	Bilaga 4. Följebrevet.....	78
	Bilaga 5. Informerat samtycke.....	79

1 INLEDNING

Stadsrådets principbeslut om folkhälsoprogrammet 2015 lägger huvudvikt vid främjande av hälsa. Den lyfter även fram att en av människans främsta förväntningar inför framtiden är att de själva, såväl som deras närstående, får vara friska och mår bra. Hälsa kan ses som en av de viktigaste resurserna för såväl människan som samhället hon lever i. (Social- och hälsovårdsministeriet 2001 s. 8)

Trots att det talas mycket om genernas betydelse för att uppnå hög ålder, så tyder dagens undersökningar på att det genetiska bidraget är relativt litet vad gäller sjukdomar och hälsa. Genernas arv och medicinsk service står för ca 22 % av hälsotillståndet. Resten verkar vara påverkbara av hälsofrämjande insatser. (Tones & Tilford 2001 s. 6-7)

Myndigheterna, stat och kommun har ett ansvar, men också möjligheter att påverka förutsättningarna för medborgarnas hälsa. Hälsan kan stärkas eller försvagas på grund av vardagsförhållanden, interaktion, livsstil och val. Även individen har ansvar, såväl som möjligheter, att påverka sin egen hälsa. I dagens läge finns det en stor mängd information att tillgå vad gäller hälsa, och faktorer som påverkar hälsa positivt. För att uppnå en god hälsa måste människan dock kunna göra hälsofrämjande val och förändra livsstil och beteende. (Social- och hälsovårdsministeriet 2001 s. 8-9 och 14)

Förändring av hälsofrämjande beteende är dock inte så enkelt och är en lång, om inte mycket lång process. Prochaska m.fl. lyfter fram att förändring av hälsobeteende i regel tar sex månader, upp till fem år, för att bli ett stärkt beteende, en rutin som inte längre kräver eftertanke och arbete och som inte längre har nämnvärd risk för återfall. Om beteendet dessutom är kopplat till ett beroende, som t.ex. mat eller tobak, kan denna fas vara livslång eftersom risken för återfall inte försvinner. (Prochaska et al. 2008 s. 100-101)

Hos mig väcktes ett intresse för att få fördjupa mig i denna problematik, eftersom förändring av beteende står i centrum för hälsofrämjande arbete och ett hälsosamt liv. Min tanke var dock att studera ämnet från ett mer salutogent perspektiv, d.v.s. att undersöka vad det är som har påverkat personer som gjort lyckade hälsofrämjande beteendeförändringar (Antonovsky 1987 s. 31). Jag ville närma mig ämnet ur ett ”nerifrån upp perspektiv”, istället för det vanliga ”uppifrån ner perspektivet”, utgående ifrån att människan har den bästa kunskapen om sitt eget liv. (Scriven 2013 s. 84) Denna kunskap anser jag att vi bör ta vara på, liksom de faktorer som hjälper dem under processen.

2 BAKGRUND

WHO definierar hälsofrämjande som en process, där man ger människan förmåga att öka sin kontroll över sin hälsa samt kontroll att förbättra sin hälsa (Scriven 2013 s. 50). Frivillighet är en av huvudprinciperna och en stor drivande kraft inom hälsofrämjande. Individen skall få och uppmuntras till att göra fria val, ta kontrollen över sina val och beslut samt anförtrors kunna handla självständigt och ansvarsfullt. Detta innebär såväl respekt för autonomin hos individen och hennes beslutsförmåga som tron på att hon kan göra genomtänkta och underbyggda val. (Scriven 2013 s. 87 och 89; Tones & Tilford 2001 s. 26)

Green och Tones lyfter fram att det att ha just kontroll, är mycket centralt i definitioner av hälsa. Empowerment kan vara det viktigaste medlet att uppnå prevention av sjukdomar, samt att uppnå mål som är delar av ett holistiskt synsätt på hälsa. Green och Tones menar att om man använder sig av en hälsofrämjande modell som bygger på empowerment så uppnår man inte bara, i en etisk mening, positiva hälsoförändringar utan även effektivare resultat gällande förebyggande och hantering av sjukdomar och funktionsnedsättningar. Traditionellt hälsofrämjande arbete syftar till att s.a.s. övertala individer att anamma beteende och handlande som leder till förebyggande av sjukdomar. Green och Tones menar att det centrala i hälsofrämjande arbete inte skall innebära att övertala utan att stöda och ge egenstyrka genom empowerment. Härmed är empowerment ett av de viktigaste instrumenten för att uppnå hälsa. Empowerment ses även som en synonym till god hälsa. (Green & Tones 2010 s. 12 och 48)

Ett sätt att hjälpa människor med sina hälsofrämjande val och beslut, samt antagande av hälsofrämjande beteenden är rehabilitering. Aslak är en förebyggande rehabiliteringsform som jobbar med hälsa på såväl individ- som arbetsnivå. Individen får stöd för sina hälsofrämjande insatser, men får själv bestämma vilka målsättningar hon ställer upp för sig själv.

2.1 Aslak-rehabilitering

ASLAK-rehabilitering (Ammatillisesti Syvennetty Lääketieteellinen Kuntoutus) är en förebyggande, yrkesorienterad och medicinsk form av rehabilitering som Folkpensionsanstalten (FPA) har utvecklat och stöder. Den standard som FPA gör upp för kraven och linjerna för Aslak-rehabiliteringen uppdateras och ändras i linje med aktuell forskning med fyra års mellanrum. Nuvarande standard för Aslak-rehabiliteringen gäller åren 2012-2015. (FPA c.) Rehabiliteringsprocessen utförs i samarbete med FPA, rehabiliteringscentret, arbetsplatsen och företagshälsovården. Rehabiliteringsprocessen för den långa kursversionen tar ca ett år indelat på fyra kursdelar på sammanlagt 20-22 dygn. Aslak rehabilitering utförs även som kort version på 10-12 dygn. (FPA a.)

Aslak-rehabilitering är ämnad för personer inom olika yrkes- och arbetstagargrupper, vilka i sitt arbete utsätts för stor belastning av fysisk, psykisk och/eller social natur, vilket kan leda till nedsatt arbetsförmåga och hopade hälsoproblem. Aslak rehabiliteringen är ämnad för personer i arbetslivet och för dem hos vilka man kan urskilja symptom på belastning. (FPA a.)

Syftet med Aslak-rehabilitering är att på långsikt bevara och stärka arbets- och funktionsförmågan. Man vill förbättra klientens fysiska kondition och psykiska hälsa. Man vill även att klienten tillägnar sig sunda levnadsvanor och egenvård. Målet är även att stärka klienternas arbetskompetens, och förutsättningar för att orka bättre i arbetslivet samt inleda en process för utveckling av deras arbete och arbetsförhållanden.

Rehabiliteringen baserar sig på en helhetsmässig mångprofessionell utvärdering av klientens situation. Till det mångprofessionella teamet hör bl.a. läkare, psykolog, fysioterapeut, arbetsfysioterapeut, företagshälsovårdare, dietist, ergoterapeut och socialarbetare. (FPA a; FPA c)

Målen för Aslak-rehabiliteringen är enligt FPA:s egen standard: (FPA c)

- främja hälsan och att utnyttja anknyttande rådgivning och handledning
- höja och stödja den fysiska konditionen
- identifiera och förstärka de psykiska resurserna
- stödja och förbättra livshanteringen
- öka och förbättra kunskaperna och färdigheterna för arbetslivet
- stödja och förstärka förutsättningarna att orka med arbetet
- utnyttja rådgivning och handledning i ergonomiska frågor
- utvärdera och utveckla de egna arbetsmetoderna
- förbättra yrkesfärdigheterna och förstärka resurserna
- förbättra arbetskompetensen
- stödja klienten vid förändringar som sker i arbetet
- förstärka delaktigheten och betona samhörigheten
- engagera arbetsgivaren och företagshälsovården i rehabiliteringsprocessen
- etablera stöd och uppföljning av företagshälsovården
- utnyttja ett stödnätverk under rehabiliteringens gång, t.ex. med hjälp av uppgifter som utförs mellan kursperioderna.

2.1.1 Målsättning inom Aslak rehabiliteringen

Centralt inom FPA Aslak-rehabilitering står uppläggningsmetoden av målsättningar (FPA c.). För att sätta upp mål inom Aslak rehabiliteringen, används en målsättningsmetod Goal Attainment Scale (GAS). Det är en måluppläggningsmetod som ursprungligen har utvecklats i USA på 1960-talet och används inom rehabiliteringen av mental hälsa. (FPA b; Kiresuk et al. 2012 s. 1) (se bilaga 1)

Genom att stärka måluppläggningsmetodens roll inom Aslak-rehabiliteringen vill man från FPA:s sida bl.a. stärka sannolikheten för att mål skall uppnås, få individerna att bygga upp en tidtabell för sina målsättningar, stärka förlikningen gentemot målsättningarna samt att personen bättre kan känna igen de faktorer som kan fungera hindrande och få en bättre chans att klara av dessa. (FPA b. s. 6)

GAS-metoden används så, att individen bestämmer själv sina mål, som han/hon vill lägga upp. Namngivning och uppläggnings av val görs tillsammans med någon av det mångprofessionella teamet på rehabiliteringscentret. Målsättningarna skall vara klara, tydliga och realistiska. Målsättningarna skall beröra endast personen själv och alltså inte vara uppställda för någon annan person, eftersom det är utanför personens makt att påverka någon annan persons handlande. Även en realistisk tidtabell ställs upp. Som hjälp för uppläggning av målsättningarna används den s.k. SMART –ideén. SMART står för mätbar (measurable), uppnåbar (achievable), realistisk (realistic) och tidsbunden (time-bound). Målsättningarna skall alltså vara mätbara, möjliga att uppnå genom de processer som rehabiliteringen står för, realistiska och relevanta för rehabiliteringsprocessen, samt ha en tidtabell. (FPA b. s. 8-9 och 11)

Då målet lagts upp, skall personen välja en indikator, genom vilken det går att mäta och utvärdera framsteg. Indikatorn kan vara t.ex. av kvalitativ eller kvantitativ art. Av denna indikator byggs sedan upp en solid skala med en mätbar och utvärderbar form av indikatorn. Mångprofessionella teamets roll är här att hålla skalan realistisk och möjlig inom utsatt tidtabell. (FPA b. s. 9) Skalan är fem-gradig från -2 till +2. Denna skala används som redskap då målsättningarna utvärderas. Grad -2 är utgångsläget, -1 motsvarar mindre måluppfyllelse och 0 är målsättningsnivån, +1 motsvarar högre måluppfyllelse och +2 motsvarar mycket högre måluppfyllelse. (Kiresuk et al 2012 s. 7; Lindstedt & Ivarsson 2008 s. 23)

Målsättningarna kan slås ihop och bildar då ett s.k. T-score. Om målsättningarnas sammanlagda poäng är 0 har personen ett T-poäng på 50, vilket innebär att målsättningarna i snitt har uppnåtts. Om summan är över 50, har målsättningarna i snitt gått bättre än målsättningsnivån, och igen om summan är mindre än 50, har målsättningarna i snitt gått under målsättningsnivån. (FPA b. s. 11-12)

2.2 Tidigare forskning

Tidigare forskning har sökts i databaserna PubMed och Academic Search Elite + Cinahl. De sökord som använts i olika kombinationer var: "change in health behavior", "process of change", "health promotion", "self-management", "goal-setting in personnel", "motivation of change", "lifestyle", "focus group", "adults". (se bilaga 2.)

Avgränsningarna har skett i två stadier. Första grova avgränsningen har innefattat krav på att artiklarna skall vara högst tio år gamla, ha tillgång till abstrakt och finnas i full text. Den andra avgränsningen har skett under läsandet av abstrakten eller artiklarna. Artiklarna skall behandla förändring av hälsofrämjande beteende. Individens åsikter och känslor skall stå i centrum. Målgruppen skall vara vuxna i arbetsför ålder (men om randomiserat utvalda, godkänns även att målgruppen till en del inte fyller ålderskravet). Målgruppen skall som utgångspunkt bestå av friska personer och inte personer med t.ex. någon speciell sjukdom eller konvalescenter efter operation o.s.v. Fokus skall ligga på individen, inte utvecklande av t.ex. ett dataprogram eller screeningsmetoder. Slutligen skall undersökningen passa finska förhållanden och vår kultur.

Trots sökningar med en stor mängd och bred vidd med sökord, kunde bara två artiklar hittas vad gällde förändringsprocess bland friska personer och där personernas tankar och åsikter har stått i fokus. De två vetenskapliga artiklar som godkändes är undersökningar där livsförändring har utförts och deltagarnas tankar och känslor i förhållande till dessa har antingen sökts via fokusgrupper eller skriftliga narrativa berättelser i kombination med fokusgrupper.

"You need support. When you don't have that... chocolate look real good." Barriers to and facilitators of behavioural changes among participants of a "healthy living"-program. (Russel et al. 2013)

Syftet med denna studie var att identifiera faktorer som främjar eller hindrar beteendeförändring bland deltagare i ett interventionsprogram med syfte att utveckla en hälso-

sammare livsstil. Deltagarna i ett hälsofrämjande program kallades till fokusgrupper då de hade slutfört kursen. Kursens fokus låg på livsförändringar och personliga målsättningar framom viktninskning som mått på framgång i programmet. Forskningsgruppen hittade fyra sammanlänkade nivåer av social kontext.

På en **individuell nivå** kunde man konstatera att flera faktorer främjade beteende. Dessa faktorer var bl.a. upplevelse av en inre motivation och ihärdighet, stolthet och stärkt självförtroende som uppkommit av att nå sina mål och ledde till en känsla av kompetens som uppmuntrade dem att fortsätta med hälsofrämjande förändringar. Flera av deltagarna noterade att påbörjande av en ny medicin eller en ny diagnos fungerade som en katalysator för förändringen av beteende. Flera av personerna nämnde även tro och spiritualitet som en främjande faktor på individnivå. Hinder för förändring av hälsoval uppgavs vara stress och negativa känslor och brist på viljestyrka trots motivation.

På **interpersonell nivå** framkom faktorer som stöd av familjen, träningskompisar och familjens matkultur och traditioner. På samma gång kunde dessa också fungera som hinder, såväl som avsaknad av interpersonella kontakter.

Deltagarna lyfte fram "tävlande tidskrav" som ett stort hinder. De upplevde det utmanande att kunna arrangera vardagliga situationer, som t.ex. hushållsarbete, hemövningar, problem med barnvård, att kunna träffa den hälsofrämjande interventionsgruppen eller gå på gym. För andra kunde "tävlande tidskrav" vara utmattningen efter en lång arbetsdag och svårigheter med att ordna tid för träning eller tillaga hälsosam mat.

Deltagarna lyfte fram flera faktorer förknippade med det **hälsofrämjande programmet** som fungerade som främjande för deras hälsoförändringar. Faktorer här var bl.a. de andra gruppmedlemmarna, möjlighet till att få avlastning, bekräftelse och uppmuntran genom gruppen, kunskap och råd för en hälsosam livsstil samt strategier för att överkomma hinder. Råd och hjälp av de andra gruppmedlemmarna sågs som mer värdefullt än råden från teamet för hälsoprogrammet. Andra faktorer gällde instruktörernas tro på dem och det faktum att instruktörerna gav en bild av att de verkligen brydde sig.

Hinder i programmet var bl.a. problem med att kunna delta p.g.a. andra ansvar gällande familj och arbete. Även kostmanualen var svår att förstå för en del.

De nämnda främjande faktorerna på **samhällelig nivå** var få. Några av deltagarna upplevde att de fått stöd från grupper de deltog i bl.a. inom kyrkan.

Hinder hittade de däremot gällande problem med att finna hälsosam mat i sin omgivning, högre priser på hälsosam mat, kostnader för sporttossor och medlemskap på gym. Även vädret lyftes fram som en faktor som kunde fungera hindrande såväl som det att komma på mötena. Även kulturella hinder beskrevs. En del av deltagarna upplevde en kulturell tveksamhet att tala om problem, vilket hindrade dem från att uppleva samma njutning och bekräftelse som andra fick i gruppen.

”Multidisciplinary lifestyle intervention in the obese: Its impact on patients’ perception of the disease, food and physical exercise.” (Piana et al. 2013)

Åttio personer med ett BMI (Body Mass Index) på 30 deltog i ett mångprofessionellt interventionsprogram gällande livsstil. Livsstilsinterventioner introducerades i sju steg under en period av tre månader 1) inledande läkarundersökning, 2) intervju av psykolog, 3) bedömning av dietist, 4) fysisk undersökning av en person specialiserad inom sportsmedicin, 5) individuellt träningsprogram inomhus, 6) Åtta sessioner berörande terapeutisk utbildning 7) Nordic-walking aktivering vilket innebär promenadutflykter under veckoslut.

Under programmets gång fick deltagarna fritt skriva om sina tankar, känslor osv i förhållande till övervikt i form av narrativa berättelser. Dessa berättelser behandlades sedan i fokusgrupper. Under programmets gång deltog deltagarna i åtta fokusgrupper på 13-14 personer/grupp. I fokusgrupperna behandlades följande ämnen: 1) Varför jag är här och vilka förväntningar jag har, 2) Mina hinder och främjande faktorer vad gäller förändring av livsstil, 3) Mitt förhållande till fysisk aktivitet, 4) En bild för övervikt, 5) Ord med vilka jag beskriver övervikt (som svårt, rädsla, min relations till andra och be-

gränsningar) 6) Min övervikt och hur den påverkar mitt förhållande till övervikt, 7) Medicinska aspekter av mitt tillstånd, 8) Vad erfarenheterna av detta program har betytt för mig.

Faktorer som enligt deltagarna påverkade motivation till förändring av livsstil var medvetenhet om hälsorisker kopplade till övervikt och önskan att få kontroll över sin kropp och sin, vad de kallar, sjukdom. Majoriteten av patienterna upplevde ett stort behov av att få egen tid och att prioritera sig själv. En annan faktor som ansågs spela en viktig roll gällande patienternas motivation var att de ville dela sina erfarenheter gällande övervikt och behandling av den, med andra som befinner sig i samma situation. Gruppen tjänade både som resurs och stimulus, så väl som hjälpmedel att undanfylla ensamhet och få umgås med varandra. Att ändra livsvanor och att gå ner i vikt ledde till förhöjt fysiskt och psykosocialt välmående, större förtroende i sig själv och framtidstro. Motivationen för livsstilsförändringar ledde även till att en del av deltagarna vidare önskade hjälp med andra problem, som de tidigare inte hade sökt hjälp för.

Hinder för livsstilsförändringar ansågs vara organiserande av vardagen och svårigheter med att finna en balans mellan arbete, familj och andra plikter samt att hitta tid för sig själv och för fysisk aktivitet. Vidare framkom lathet och inkonsekvens gällande jobbandet för upplagda mål såväl som rädsla för att misslyckas. Ett av hindren för de flesta patienterna är deras svårighet med att handskas med negativa känslor. Känslor som ångest, stress, ensamhet, leda, en känsla av missnöje med livet, besvikelse och konflikter i relationer till andra är känslomässiga kritiska situationer där deltagarna normalt finner en omedelbar tröst i mat. Att uppnå mål ledde till en process av självakttagelse, och gör att personen ifrågasätter sitt liv, vilket var en process alla deltagare inte vara färdiga för. En orsak härtill var en bakomliggande rädsla för att mista den befästa tryggheten av vant beteende.

Bland faktorer, som deltagarna uppfattar som främjande för förändring av livsstil, lyftes motivation fram som en mycket viktig faktor gällande uppnående av behandlingsmålet. För att lyckas, ses det som viktigt att tänka positivt, att tro på programmet, att vara säker

på sin förmåga, få korrekt information gällande nyttan av hälsosam mat och fysisk aktivitet samt att acceptera de utmaningar man möter. Som allra viktigast sågs personens förhållande till sig själv. Man behöver egen tid och rum, man måste älska sig själv och tro på sina resurser för att kunna göra förändringen. Gällande vikten av andra människor i deras liv, så förhåller de sig rätt kluvet. Andra personer uppfattades både som ett stöd såväl som ett hinder.

Gällande uppfattningar om övervikt talades det om en känsla av obehag såväl i karriären som i andra sammanhang. Övervikten uppfattades som ett lidande, förhindrande och fult. Även om det uppfattades som om övervikten var bättre att gömma ingav den även ett skyddande skal.

Förhållande till mat uppfattades som en kritisk faktor p.g.a. dess innebörd och de känslor den väcker. Ofta hittar de negativa känslorna en tröst i mat. En kontrollerad diet uppfattades dessutom oftast som ett berövande, vilket ofta ledde till en överträdelse som igen resulterade i en känsla av skuld. Mat uppfattades bli en besatthet. Att ge upp mat betydde för dem att offra någonting större än mat i sig, eftersom mat var förknippat med identitet, socialt erkännande, tradition, minne, kultur och värden.

Den negativa attityden i förhållande till fysisk aktivitet, som deltagarna hade, var linkad till en rädsla för skada, trötthet, misslyckande och en motvilja till att delta i aktiviteter som inte var associerade med omedelbar tillfredsställelse. Lathet och en låg motivation var rådande. Även dåliga minnen relaterade till fysisk aktivitet hade en tydligt negativ inverkan på patienternas attityd. Under programmets gång började deltagarna erkänna de positiva aspekter av fysisk aktivitet, beskrivande den som en erfarenhet av njutning, roligt och välmående, speciellt när övningarna utfördes utomhus och tillsammans med andra.

Enligt patienterna var den mångprofessionella interventionen effektiv för att integrerad expertis med en genuin önskan att hjälpa, och tekniker med känsla, främjade en känsla av självförtroende och trygghet. Gruppmedlemmarna tilläts att uttrycka sig fritt utan att ådra sig fördömande: för många bidrog detta till att de vågade ge utlopp för sin känsla av ensamhet. Gruppen ingav välmående och frid. Flera av deltagarna rapporterade att de för första gången hade fått en känsla av att ha blivit verkligt förstådda, erkända och accepterade.

3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med detta masterarbete är att söka en djupare förståelse för lyckade förändringsprocesser vad gäller hälsofrämjande livsvanor bland friska personer.

På basis av syftet och den teoretiska referensramen har en forskningsfråga formulerats.

Vilka faktorer är viktiga för att den hälsofrämjande förändringsprocessen skall lyckas

4 TEORETISK REFERENS RAM

4.1 Salutogenes

Aron Antonovsky kom 1984 ut med det salutogeniska paradigmet. Antonovsky förespråkade en radikal förändring gällande uppfattningen om vad det innebär att hållas frisk. Detta innebär en fokusering bort från specifika sjukdomar, baciller och t.ex. personligheter som bidrar till sjukdom och istället fokuseras på faktorer som sinsemellan eller direkt främjar hälsa. (Antonovsky, 1987 s. 28 och 31; Cattan & Tilford, 2006 s. 17; Green & Tones 2010 s. 79)

Inom det salutogenetiska synsättet ser man på hälsa som ett kontinuum, med poler hälsa – ohälsa. Man intresserar sig för människans situation som en helhet, hennes livssituation, styrkan i hennes hälsa, sjukdomsupplevelsen samt etiologin bakom hälsotillståndet etc. Det salutogenetiska synsättet koncentrerar sig på det övergripande problemet och en aktiv anpassning till en omgivning som ofrånkomligen är rik på stressoren. Detta betyder inte att det salutogeniska synsättet kan garantera att människans ofta komplicerade liv och problem alltid kan lösas, men leder till en djupare kunskap och förskjutning mot den friska polen på kontinuumet. (Antonovsky, 1987 s. 28, 30 och 35; Cattan & Tilford, 2006 s. 17-18)

4.1.1 Känslan av sammanhang

Antonovsky avser att ”känslan av sammanhang” (KASAM) är en mycket viktig faktor bakom upprätthållandet av individens position på kontinuumet hälsa-ohälsa, så också för aktiv rörelse mot dess friska pol. De centrala komponenterna i KASAM är begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet, där personen tror på att det går att förstå utmaningen (begriplighet), och tror att de resurser han/hon behöver för att klara av situationen finns tillgängliga (hanterbarhet) och han/hon är motiverad för att klara av situationen (meningsfullhet). (Antonovsky, 1987; 42-43; Cattan & Tilford, 2006 s. 19)

Komponenten **begriplighet** syftar på hur individen kan uppleva inre och yttre stimuli som begripliga, som någonting för honom/henne är ordnat och sammanhängande, i motsats till en situation som personen uppfattar som kaotisk och oförklarlig. (Antonovsky 1987 s. 44) Individen ser framtiden som förutsägbar, även om den innehåller otrevliga situationer. Individen ser dessa som skeenden i livet som han/hon kan klara av och få ordning på, i den mån det är möjligt. Han/hon kommer ur dessa skeenden som starkare och med nya livserfarenheter. Personer med svagt KASAM kan se sig som dömda att alltid misslyckas och alltid råka ut för bekymmer. (Antonovsky 1987 s. 45; Cattan & Tilford 2006 s. 19)

Komponenten **hanterbarhet** står för i hur stor grad människan upplever att hon har resurser till sitt förfogande att möta de stimuli och krav som hon utsätts för. En person med hög grad av en känsla av hanterbarhet tror på att situationer ordnar sig. Personen kommer också att s.a.s. komma över svåra situationer och behöver således inte t.ex. sörja en förlust för evigt. Då igen en person med svag KASAM t.ex. känner att livet är orättvist och upplever sig som ett offer, som råkar ut för en rad negativa händelser. (Antonovsky 1987 s. 45; Cattan & Tilford 2006 s. 19)

Meningsfullhet syftar på i vilken utsträckning människan upplever att hennes liv har en känslomässig innebörd och att det innehåller sådant som är viktigt för henne, såväl som värdt att engagera sig i. Då en person med stark meningsfullhetskomponent möter ett problem ser hon det som en situation som är värd att investera energi i för att klara av problemet. Denna person kan gå in i processen med engagemang och hängivelse. (Antonovsky 1987 s. 45-46)

De tre KASAM-komponenterna är sammanflätade och fungerar i ett samspel. En person som har höga värden på alla komponenter av KASAM fungerar bra och stabilt. Dock kan det vara så att en person har olika styrka i de olika komponenterna, där en person kan placera sig högt på en komponent, men samtidigt lågt på en annan. Denna obalans i KASAM behöver inte bara verka i speciella situationer, utan kan synas generellt i livssituationer och t.ex. i olika sociala roller som personen har. Härav kan den svaga komponenten dra ner de andra, även om de skulle vara starka. Detta kan leda till att t.ex. världen blir svår att bemästra om man uppfattar sitt liv och sin värld som kaotisk. Eller att

t.ex. en livsstilsförändring inte blir långvarig p.g.a. att meningsfullhetskompontenten är svag, även om begriplighet och hanterbarhet skulle ligga på hög nivå, för att personen inte är motiverad. (Antonovsky 1987 s. 47-48 och 50)

Människan sätter även upp gränser för vad som är av vikt för henne. Gränserna kan vara vida eller snävt tagna och regleras enligt behov eller fas i livet. Det som sker utanför dessa gränser är inte så viktigt och spelar inte så stor roll, oavsett dess grad av begriplighet, hanterbarhet eller meningsfullhet. (Antonovsky 1987 s. 50)

4.1.2 Uppbyggnad av KASAM

Stressorer är krav eller händelser som personen omedelbart reagerar på eller tar avstånd från. Till sin natur kan de vara akuta eller kroniska tillstånd. Situationen kan också innebära att händelsen i sig leder till en hel rad med upplevelser och händelser. Erfarenheter av att klara av att skapa balans i stressande situationer leder till att skapa eller stärka en stark KASAM och livserfarenheter. Beroende på hur stark eller svag KASAM personen har kommer följderna att vara antingen skadliga, neutrala eller hälsobringande. (Antonovsky 1987 s. 57 och 59)

Naturligtvis kan en person med höga värden av KASAM även misslyckas och göra misstag, men han/hon är inte dömd att upprepa dem (Cattan & Tilford 2006 s. 19). Ju starkare psykosociala värden gällande välbefinnande, ”jag-styrka” osv en person har, desto större sannolikhet att personen gör/skapar mer av såna livserfarenheter som bidrar till ett starkt KASAM och vice versa. (Antonovsky 1987 s. 57-59)

Återkommande liknande situationer och erfarenheter bygger upp KASAM i enlighet med livserfarenheterna och bildar ett relativt generaliserat och varaktigt sätt att se på världen och livet. Ett visst mönster av livserfarenheter kommer att leda till att vi skapar oss en identitet, en social roll etc. samt en bild av vår värld som är mer eller mindre begriplig, hanterbar och meningsfull. (Antonovsky 1987 s. 47, 50 och 162)

4.1.3 Problemhantering

Människan befinner sig normalt i ett ständigt flöde av stimuli och obalans. Oavsett om stressorerna kommer utifrån, som t.ex. interpersonella relationer och livshändelser, eller inifrån, som t.ex. ouppfyllda ambitioner och interpersonella konflikter, så reagerar människan. Dessa stimuli och denna obalans leder till en spänning. KASAM bidrar till att antingen lösa upp spänningen eller bidrar till att spänningen leder till stress. (Antonovsky 1987 s. 177, 182 och 199)

Ju starkare grad av KASAM en person har, desto större chans är det att personen bedömer stressorer som mindre hotande och t.o.m. som en utmaning. Personen har motivation och lägger fokus på att tackla situationen. Istället för att gå upp i det känslomässiga, fokuserar personen på det instrumentella, vilket gör att hon kan handla. Ju starkare KASAM en person har, desto större uppsättning av resurser har personen till sitt förfogande för att i situationer mobilisera lämpliga resurser inför stressoren i fråga. Positiva erfarenheter gör att denna person hyser tillit till att han/hon har resurser och bemästringsstrategier att handskas med situationen och tror på att allt kommer att ordna sig och härmed blir begripligt. (Antonovsky 1987 s. 183-184, 186 och 202)

En person med svaga värden av KASAM blir paralyserad och ser situationen som oöverkomlig och löper större risk för att i samma situation bli förvirrad, gå i försvarsposition och uppleva starka känslor. (Antonovsky 1987 s. 183-184 och 188)

4.2 Empowerment på individnivå

Empowerment på individnivå är kopplat till olika tankar om kausalitet och kontroll som till sin natur är hälsofrämjande. Person med höga värden av empowerment har kontroll och makt att genuint göra egna beslut och val. Det är även förknippat med relativt höga värden på realistiskt baserat självförtroende som tillsammans med en repertoar av livsfärdigheter, bidrar till personens makt över sitt liv och sin hälsa. Samtidigt kan man se på empowerment som ett tillstånd av hälsa. (Tones & Tilford 2001 s. 40 och 102)

Empowerment på individnivå består av olika psykologiska fenomen. Dessa beteenden beskrivs som hälso- och livsfärdigheter. De består av kompetenser gällande underlättande kontroll av omgivningen, både direkt och indirekt. Dessa livs- och hälsofärdigheter refererar till färdigheter som gäller i specifika hälsorelaterade situationer som t.ex. stresshantering eller användning av motståndstekniker för att stå emot utomstående tryck och inre begär, och innebär åtminstone en känsla av kontroll över sitt beteende och situationer. Denna känsla av kontroll gäller såväl trevliga som otrevliga följder, genom att de är resultat av personens eget handlande och insatser. (Tones & Tilford 2001 s. 101-102)

Tro på sig själv hänger ihop med kontroll och empowerment. Ju mer en person tror på sig själv, desto större är graden av ihärdighet och uthållighet samt känsla av kontroll. En person med låga värden av tro på sig själv har ofta negativa tankar om vad de är kapabla till, samt dåligt självförtroende. Överskattad kapacitet igen leder oftast till misslyckande och om beteendet eller situationen upprepas kommer det att ha negativa följder på självförtroende. Underskattning igen begränsar ofta potentiellt lärande och utveckling. (Tones & Tilford 2001 s. 104)

Ett **bra och realistiskt självförtroende** anses vara hälsosamt på många sätt, dels för att det är en viktig del av mental hälsa, men också p.g.a. av att det kan ses som motsatsen till inlärd hjälplöshet. Ett bra självförtroende är ett påtagligt exempel på välmående som i sig är värt att eftersträva. En person med bra självförtroende värdesätter sig själv och är mer benägen att svara på hälsofrämjande traditionella budskap som t.ex. ”ta hand om dig själv”. En person som värdesätter sig själv kommer förmodligen att anse att han/hon är värd detta. (Tones & Tilford 2001 s. 105)

En person med bra självförtroende kommer även att inför svåra situationer med större sannolikhet söka adekvat information och anammar ett mer empowerment-starkt beslut. Människor med ett gott självförtroende är mer aktiva och kraftfulla när det gäller att handskas med omgivningen och har färdigheter till hands då de möter hot. Självförtroende anses även indirekt skapa hälsa genom att en person med gott själv-

förtroende mindre sannolikt ger efter för tryck att anpassa sig och med större sannolikhet vågar stå på sig gällande sin övertygelse. (Tones & Tilford 2001 s. 105)

En person med stark grad av empowerment, njuter av sitt goda självförtroende, medan en person med dåligt självförtroende och inlärd hjälplöshet karakteriseras av en känsla av att inte ha ett värde och inte ha kontroll över sitt liv. (Tones & Tilford 2001 s. 105-106)

4.2.1 Empowerment kopplat till hälsofrämjande

Green och Tones anser att om man använder sig av en hälsofrämjande modell som bygger på empowerment, uppnår man inte bara, i etisk mening, positiva hälsoförändringar utan även effektivare resultat gällande förebyggande och hantering av sjukdomar och funktionsnedsättningar. Green och Tones anser att det centrala i hälsofrämjande arbete inte skall innebära att övertala människorna, utan att stöda och ge egenstyrka genom empowerment. Empowerment-starka individer deltar med större sannolikhet effektivt i samhället. De kommer även att använda sig av den hälsostödande service som finns tillgänglig på ett bestämt och produktivt sätt. Dessa personer kommer även med större säkerhet att anamma en livsstil som leder till mål gällande förebyggande medicin, i motsats till dem som inte har denna styrka av empowerment. (Green & Tones 2010 s. 48)

Ett empowerment-starkt hälsofrämjande arbete innefattar identifiering av personens värderingar, personligt tillstånd och tro, särskilt vad gäller kontroll, som bidrar till beteendeförändringar. Det skulle även märka ut begränsningar påverkande empowerment-starka val genom social press. Den kunskap, färdigheter och faktorer i omgivningen som antingen begränsar eller stöder förändringen av intention till handlande skall stärkas, samt beroendeframkallande faktorer skall minskas eller tas bort för att minimera risken för återfall. (Tones & Tilford 2001 s. 107)

4.3 Förändring av hälsobeteende

Den svåra biten är att överföra teori till handlande och beteende och skapa nya rutiner och sätt att leva hälsofrämjande (Green & Tones 2010 s. 48). Som nämndes tidigare poängterar Prochaska m.fl. att anammande av ett nytt hälsobeteende tar allt från fem månader till sex år. Under den tid som personen behöver för att befästa sitt beteende som verklig rutin finns det risk att han/hon får återfall. Prochaska m.fl. lyfter fram att upp till 49 % av de personer som avvänt sig från tobak får återfall tolv månader efter att de slutat röka. Först efter fem år har risken för återfall gått ner till 7 %. Processen kan även bli livslång, om beteendet är kopplat till ett beroende. (Prochaska et al. 2008 s. 100-101)

Green & Tones lägger fram att det finns ett överflöd av teorier gällande beslutsprocessen hos människan. Även om de har mycket gemensamt, skiljer de sig gällande tyngdpunkt och orientering. Därtill är de begränsade. Flera har utvecklats för allmän användning, men har konstaterats ha relevans gällande hälsobeteende, medan andra har utvecklats med tanke på hälsobildning, hälsopromotion och allmän folkhälsa. (Green & Tones 2010 s. 116; Tones & Tilford 2001 s. 39-40)

4.3.1 Hälsoaktionsmodellen på individnivå

Hälsoaktionsmodellen (The health action model - HAM) (se figur 1.) som inledningsvis skapats av Keith Tones på 1970-talet och vidare av Keith Tones och Sylvia Tilford 2001, är en teori för yrkesmänniskor inom det hälsofrämjande arbetet. (Green & Tones 2010 s. 116; Scriven 2013 s. 350) Den är relevant då man vill förstå hälso- och sjukdomsrelaterat beteende samt gällande planerande av hälsofrämjande insatser ur ett holistiskt perspektiv. HAM innebär en vidare och mer omfattande syn på förändringen och hur man skall kunna förstå och påverka personers beteende. (Green & Tones 2010 s. 116 och 118; Tones & Tilford 2001 s. 98) HAM förklarar individuell hälsa och ohälsa relaterad till beslutsfattande och understryker hur viktig självaktningen är för beteendet. (Scriven 2013 s. 350; Tones & Tilford 2001 s. 75 och 89)

HAM-modellen identifierar psykologiska, sociala och omgivningsrelaterade faktorer, som påverkar individers anammande och uppehållande av hälso- eller sjukdomsrelaterat handlande, såväl som stöd för hälsobeslutet efter att det tagits. Den möjliga förändringsprocessen ses som en process i två skeenden 1) att en intension skapas för beteende och 2) ifrågavarande beteende anammas och blir rutin. (Green & Tones 2010 s. 116; Tones & Tilford 2001 s. 90)

Olika samspelande psykologiska, sociala och miljörelaterade faktorer som t.ex. övertygelse, värderingar, motivation och förväntningar, är alla avgörande för sannolikheten att en individ utvecklar en intension att anamma en särskild riktning gällande hälso- eller sjukdomsbeteende. Om personen sedan anammar beteendet eller inte beror på ett antal möjliggörande eller främjande faktorer, inklusive kunnande och färdigheter nödvändiga för att anamma ifrågavarande hälsobeteende. Även färdigheter som kommunikation och mottagande av information samt kognitiva färdigheter som problemlösning och beslutsfattande är viktiga och behövs då personen gör rationella val på basis av data. (Green & Tones 2010 s. 117-118; Scriven 2013 s. 350; Tones & Tilford 2001 s. 89)

Av vikt är även tillgängligheten av en stödjande omgivning, vilken gör det hälsosamma valet till det enklare valet. Ett alternativt sätt att uttrycka vikten av dessa möjliggörande faktorer är att hävda, att hälsofrämjande arbete är avgörande för att eliminera psykologiska samt beteende- och miljörelaterade barriärer som motverkar människor från att göra hälsosamma val. (Green & Tones 2010 s. 117-118)

Motivation

Motivationssystemet beskriver en komplexitet av känslomässiga faktorer som slutligen bestämmer individens attityd för ett specifikt handlande och hennes intension till att anamma det. (Tones & Tilford 2001 s. 95) Motivationen bestämmer den dragkamp som driver individer mot att åstadkomma välbefinnande och bort från oönskade resultat. Flera typer av motivation kan identifieras och de fungerar på olika nivåer. Fyra är utmärkande i HAM motivationssystemet: värden, attityder, drift och känslotillstånd. (Green & Tones 2010 s. 122)

Personens **värderingar** har en överlägsen betydelse vad gäller beslutsfattande. En persons värderingar leder till attityder och stärker beteende. Personens värderingar påverkas starkt av den sociala omgivning han/hon befinner sig i. Även erfarenheter och moral påverkar värderingarna starkt. De känslor och inställningar individen har gällande t.ex. karriär, cancer eller i förhållande till familj, kan vara viktiga faktorer bakom hälsorelaterat handlande. (Green & Tones 2010 s. 122; Tones & Tilford 2001 s. 95)

Attityder påverkar personens benägenhet och beredskap för handlande. För att det skall leda till beteende eller hälsohandlande behövs dock empowerment-kunnande, förmåga och en stödjande omgivning. Personens attityder är mer specifika än värden. Varje värdering kommer dock att skapa en rad med attityder. Ju fler värderingar som ligger som motiverande kraft bakom attityderna, desto svårare är det att förändra dem, särskilt om de är omedvetna och djupt rotade. (Green & Tones 2010 s. 123; Tones & Tilford 2001 s. 95)

Drift är en primitiv motivation som betraktas som instinktiv. Den mobiliserar beteende som förknippas med överlevnadsvärden. De mest instinktiva av dessa är hunger, törst, sex och undvikande av smärta. Även s.k. drift-liknande beteenden räknas i HAM till drift-kategorin. Till dessa hör beteenden förknippade med ett beroende av t.ex. droger, men också mat. Inte bara beroendet i sig påverkar t.ex. intention för handling, utan även t.ex. personens tro gällande möjliga abstinensbesvär kan påverka individen till den grad att han/hon aldrig skapar ens en intension att t.ex. sluta röka. Vidare påverkar detta personens tro på sig själv och kan påverka självförtroendet negativt. (Green & Tones 2010 s. 124; Tones & Tilford 2001 s. 97-98)

I alla situationer, kan **känslotillståndet** utöva en stark effekt på beslutsfattandet samt beteendet och bör beaktas som en kvalitet åtskild från värdesättning. (Green & Tones 2010 s. 124) En hög nivå av t.ex. rädsla genererad av uppfattningen av ett hot, kan leda till att personen inte längre fungerar rationellt. Istället övergår beteendet till s.k. defensivt undvikande. Härav kan det vara bättre att individen har bara en moderat nivå av övertygelse gällande sannolikheten att t.ex. en hudförändring är cancer, eftersom en hög nivå av oro kan leda till att han/hon inte handlar i tid eller inte handlar alls. (Tones & Tilford 2001 s. 93)

Det normativa systemet

Det normativa systemet beskriver det nätverk av socialt tryck som kan omge och förmå en individs intensioner till att anamma eller avvisa hälsohandlande. Man utgår ifrån att betydelsefulla individer, som nära familj och vänner, har starkare påverkan än samhällets tryck, som igen har större inverkan än normer i samhället. (Green & Tones 2010 s. 125) Nära relationer kan skapa intention för ett handlande och stärka ett nytt beteende. Ett nytt beteende kan även etableras över en längre tid som svar på socialt tryck (Tones & Tilford 2001 s. 90).

Jaget

Det som personen **tror om sig själv** har en speciell betydelse för hälsostatus. Som exempel kan kroppsuppfattning påverka jaget både positivt och negativt. Dessutom kan dåligt **självförtroende** resultera i mental ohälsa, t.ex. ätstörningar. Vad personen tror kan bidra indirekt på hälsa, genom t.ex. känslighet för negativa resultat, tro gällande nivå av självkontroll, vilka igen är centrala för förändringsprocessen och grad av empowerment. (Green & Tones 2010 s. 130)

Grad av självförtroende har en klar effekt på hälsa – såväl direkt som indirekt. Självförtroende har t.ex. en mycket central roll vid psykisk hälsa. Självförtroende har troligtvis även indirekt inverkan genom att det påverkar intensioner att anamma hälsosamt eller ohälsosamt handlande. Som exempel, en person som värdesätter sig själv, försöker ta hand om sig själv, genom att göra saker för att förebygga sjukdom och avvisa ohälsosamt beteende. (Green & Tones 2010 s. 134)

Tro

På samma sätt som en person har tankar och tro på hälsohandlande och möjligheter att utföra dem, så har en person även tankar om i vilken grad han/hon har förmåga och kunnande, som är nödvändiga för att kunna nå målet för hälsohandlande. **Tro om självförmåga** kan bli påverkad av och skapa känslotillstånd, så som skam och ångest, då

personen t.ex. misslyckas med att handla p.g.a. dåligt självförtroende. Tron på den egna självförmågan beror helt på erfarenheter av tidigare upplevelser av framgång eller misslyckande. (Green & Tones 2010 s. 138-139) Å ena sidan kan den information som kommer in skapa en ny tro eller modifierar existerande tro. Å andra sidan kan existerande tro förvränga eller t.o.m. blockera inkommande information, som t.ex. vid defensivt undvikande. (Tones & Tilford 2001 s. 89)

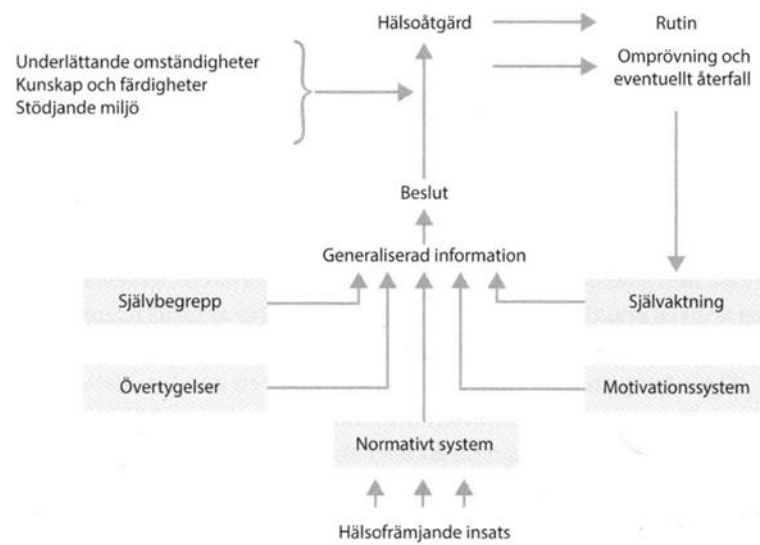
Personen måste uppleva att hälsomålet är ett mål **värt att sträva efter**. Aktiv måluppsättning påverkas av personens **tro på vilka mål han/hon kan uppnå**. Vidare har han/hon en **tro på omgivningen** i förhållande till hälsohandlandet. Personen måste **tro att det finns en rimlig chans** att hon kan klara av motstånd som omgivningen kan bjuda på innan hon engagerar sig i processen. Vanligen måste personen ha det kunnande och de färdigheter som krävs för att nå det uppställda målet, inklusive förmågan att fatta beslut. Om personen inte tror att han/hon har nödvändigt kunnande och förmåga kommer engagemanget att avta. (Green & Tones 2010 s. 138-139)

Tro på egen sårbarhet kan vid en situation där misslyckande eller uteblivet handlande få oro att utvecklas till en känsla av panik. En sådan reaktion kan väckas av individens egna tankar eller alternativt till följd av yttre påverkan där t.ex. en läkare via chock- eller skräcktaktik försöker påverka beteende. (Green & Tones 2010 s. 124-125)

Återfall och avslag av nytt eller redan rutinmässigt beteende

Avslag och återfall kan även ske på ett redan taget beslut. Som exempel kan en person bestämma sig för att öka sitt dagliga fiberintag, men erfarenheterna kan bli så negativa att personen redan efter första försöket beslutar sig för att inte försöka på nytt. Även redan etablerade rutiner kan bli avslagna och personen återgår till tidigare beteende. (Tones & Tilford 2001 s. 90-91)

Att uppehålla beteende som innebär förlust av tillfredsställelse eller njutning är ett av de svåraste att införa. De svåraste av dessa är kontroll av beroendeframkallat beteende. Tekniker som innebär att personen undviker frestelse, kontrollerar omgivningen och finner ersättande tillfredställande beteenden samt belöning gällande lyckat beteende är viktiga. (Tones & Tilford 2001 s. 92)



Figur 1. Hälsoaktionsmodellen (Figur tagen från Scriven 2013 s. 351)

5 METOD

Denna studie är en intervjustudie med en kvalitativ ansats. Genom den kvalitativa forskningsintervjun ges en möjlighet att förstå värden och få kunskap sett ur informanternas synvinkel och möjlighet att utveckla en mening av deras erfarenheter. Intervjuerna utförs som fokusgrupper för att få fram olika uppfattningar gällande ifrågavarande ämne. (Kvale & Brinkman 2009 s. 17-18 och 166)

Studiens struktur har varit relativt öppen, men som ledande stomme har Kvale & Brinkmans sju stadier (Tematisering – Planering – Intervju – Utskrift – Analys – Verifiering –Rapportering) använts (Brinkman 2009 s. 115-116 och 166). Processen i sig har i praktiken dock inte varit så lineär, utan återgång och växlande mellan stadierna har skett under hela processens gång (Carlström & Carlström-Hagman 2011 s. 130).

5.1 Insamling av data

Intervjuerna har utförts i grupp som fokusgrupper. Temat har varit avgränsat och förbestämt. Genom att välja fokusgrupp som kvalitativ intervjumetod avses att finna vad Kvale och Brinkman talar om som ”personers uppfattningar” gällande ämnet. Utgångsläget baser sig på tanken att informanterna s.a.s. kan sitt liv bäst. (Brinkman 2009 s. 115-116 och 166).

Studiens syfte och frågeställningarna har en direkt anknytning till den teoretiska bakgrundens hälsoteorier, såväl som intervjuguiden för fokusgruppen (Brinkman 2009 s. 118 och 120). Förberedande arbetet gällande fokusgruppens eventuella diskussionsfrågor och utförande av fokusgrupperna har gjorts i linje med Krueger & Casey:s guide (Krueger & Casey 2009 s. 35-61 och 63-106)

Val av just fokusgrupp som datainsamlingsmetod, grundar sig på tanken att en grupp och den diskussion som sker i den, kan ge mer nyanserad information och bredd i upplevelser, samt kan leda till oväntad eller ny information. (Carlström & Carlström-Hagman 2011 s. 283, 287 och 289) Genom att intervjua personer, som det senaste året har lyckats förändra sina livsvanor till mer hälsofrämjande, kan detaljerad information från enskilda personer ge svar på forskningsfrågorna. (Carlström & Carlström-Hagman 2011 s. 167)

Fokus har riktats in på forskningsämnet av moderatorn genom halvstrukturerade, men öppna frågor. Som hjälpredskap har en på förhand upplagd intervjuguide använts. (se bilaga 3.) Intervjuguiden har byggts upp med tanke på den teoretiska bakgrunden i denna studie, men också enligt Krueger och Casey:s riktlinjer för fokusgrupper. (Krueger & Casey 2009 s. 35-61) Intervjuguiden har fungerat dels som ett förberedande tankearbete för moderatorn före själva fokusgrupp-intervjuerna och dels som redskap för att hjälpa moderatorn att hålla sig till det utvalda ämnet genom att intervjuguidens frågor fungerat som stomme för nyckelfrågor och nyckelteman. Frågebatteriet har även fungerat som en bas att kunna falla tillbaka på om diskussionen i gruppen slutar. (Krueger & Casey 2009 s. 35-42) Under fokusgrupperna har diskussionen fått löpa fritt. Bara fråga ett och två har ställts i sin helhet i båda fokusgrupperna. Men alla teman i intervjuguiden har behandlats eller åtminstone tangerats.

5.2 Informanter

Rekryteringen av informanter har gjorts från tre Aslak-grupper, som under samma vecka under hösten 2014 varit på sin sista kursdel. Alla tre kurser har varit s.k. långa Aslak-kurser, d.v.s. varit uppdelade i fyra kursdelar på 5-6 dagar/kursdel, sammanlagt 22 dygn. Det krav som ur forskningens synvinkel ställdes för att informanterna skulle godkännas var att de i åtminstone ett av sina egna uppställda mål på GAS-måluppsättningarna, i enlighet med egen utvärdering, har uppnått en nivå på 0, +1 eller

+2. Det sammanslagna T-värdet har inte tagits i beaktande, utan målsättningarna har beaktats enskilt.

En kritisk diskussion gällande Aslak-rehabiliteringens effektivitet har förts de senaste åren. Diskussioner har bl.a. baserat sig på Mikhail Satychev:s avhandling gällande effekten av Aslak-rehabilitering. (se Satychev 2013). Härav har jag ämnat koncentrera mig på dem som lyckas i sina måluppsättningar.

Informationstillfället hölls efter att rehabiliteringspsykologen Anne Lehtokoski hållit en till kursprogrammet hörande lektion där kursdeltagarna har utvärderat sina GAS-måluppsättningar och i grupp diskuterat detta. Efter denna lektion gav jag information gällande denna studie. Psykologen var närvarande under informationstillfället, för att informanterna om de så önskade även kunde ställa henne frågor, men också som säkerhet ifall jag skulle glömma säga någonting viktigt.

Själva informationstillfället har varit frivilligt. Under informationstillfället har informanterna informerats om hur denna studie genomförs, dess mål och syfte, vad fokusgrupper innebär och vilket ämne som är i fokus. Under informationstillfället fick kursdeltagarna fritt ställa frågor, som direkt besvarades. Om deltagarna bestämt sig för att delta i intervjuerna undertecknade de ett s.k. informerat samtycke och fick ett följebrev. (se bilaga 4) Upprepade gånger har det tydliggjorts att intervjuerna är frivilliga och att de när som helst får avbrytas, såväl efter underskrift av informerat samtycke, eller före intervjun som under intervjuns gång. Det har även klargjorts att orsak till avbrytande inte kommer att frågas i något skede.

Av 27 personer, ställde tio personer frivilligt upp för fokusintervju. Alla som önskade delta i intervjuerna hade minst en målsättning som fyllde kraven för intervjun. Av tio informanter var fyra män och sex kvinnor. Informanternas födelseår låg mellan 1953 och 1966, med en medelålder på 42,6 år. Informanterna delades in i två fokusgrupper, med fem deltagare i vardera. Grupperna delades så att båda grupperna bestod av två män och tre kvinnor. Ingen avbröt intervjun.

5.3 Transkription och analys av data

Intervjuerna bandades och skrevs sedan ut för analys. För inbandningen användes ”*Philips Pocket Memo*” och för utskrivning ”*Philips SpeechExec*”. Apparaten och utskrivningsprogrammet är samma som rehabiliteringscentret använder för rehabiliteringsberättelserna och läkarnas dikteringar. Intervjuerna har skrivits ut av en person, som inte var involverad i studien.

I utskrifterna har talspråket hållits kvar. Intervjuerna har skrivits ut så att innehållet har hållits intakt, men t.ex. pauser, suckar, betoningar i intonationen etc. inte medtagits. I denna studie har inte språket eller samtalet i sig analyserats. För att spara på resurser har även moderatorns inledning och avslutning inte skrivits ut. (Kvale & Brinkmann 2009 s. 118 och 196-197)

Fokusgrupperna tog i anspråk ca 80min/grupp, räknat så att moderatorns inledning och instruktioner lämnas bort. Transkriberade motsvarade dessa intervjuer (igen utan moderatorns inledning och instruktioner) 40 sidor text.

Analys av det transkriberade materialet har utförts som en innehållsanalys. Innehållsanalys är en teknik där det insamlade materialet tolkas som faktiska förhållanden och oftast genomgår vissa bestämda faser. (Jacobsen 2003 s. 135) Dessa faser är i enlighet med Graneheim och Lundman (2004) följande:

1. Hela det utskrivna materialet läses igenom upprepade gånger för att skapa en helhetskänsla.
2. Stycken av utsagorna som innehåller information som är relevant för frågeställningarna plockas ut. De ses som meningsbärande enheter. Dessa enheter skall plockas ut så att sammanhanget kvarstår.
3. De meningsbärande enheterna kondenseras (förkortas), så att texten blir mer lätthanterlig. Enheterna kondenseras dock bara till den grad att innehållet behålls.

4. De kondenserade meningsenheterna kodas. Dessa koder beskriver meningsenhetens innehåll. Koder som har liknande innehåll grupperas till kategorier som står för centrala budskap. Kategorierna är alltså en grupp av koder som alla har någonting gemensamt. Dessa koder kan bara tillhöra en kategori.

5. Vidare kan teman formuleras. Dessa teman är ett sätt att länka ihop den latent (underliggande) mening som framkommit i informanternas utsagor. Dessa teman kan även delas in i underteman.

För att underlätta finnandet av meningsenheter och centrala teman har materialet analyserats med vad Krueger och Casey (2009) kallar för "Classic Approach". Denna metod innebär att forskaren närmar sig materialet mycket systematiskt. Genom att klippa ut utsagor och vid behov koda dem med t.ex. färg, kan forskaren i detta skede samla "högar" med ämnen som hör ihop, svar på specifika frågor eller utsagor som ännu i detta skede känns oklara etc. Raderna har även numrerats, så att det varit möjligt att hitta rätt kontext senare. (Krueger & Casey 2009 s. 118-120)

5.4 Etiska överväganden

Forskning måste utföras i enlighet med god vetenskaplig praxis för att kunna vara etiskt godtagbar och tillförlitlig. God vetenskaplig praxis krävs även för att resultatet skall kunna vara trovärdigt. (Forskningsetiska delegationen 2012 s. 18)

Denna studie har utförts i enlighet med god vetenskaplig praxis, där **omsorgsfullhet**, **noggrannhet** och **ärlighet** vad gäller bl.a. förfaringssätt, intervju, utskrift, dokumentation och resultat, vidhållits genom hela forskningsprocessen (Forskningsetiska delegationen 2012 s. 18).

Skriftligt lov att få utföra intervjuer gällande förändringsprocessen bland Aslak deltagare har ansökts från Karjalohjan Päiväkumpu Oy. Informanterna har givit sitt **informerade samtycke** skriftligen. (se bilaga 5.) Det har under informationstillfället, såväl som

i foljebrevet poängterats att deltagandet i intervjuerna är frivilligt, och att de när som helst kan avbryta utan att orsak ifrågasätts. (Carlström & Carlström-Hagman 2011 s. 171-172)

Största möjliga **konfidentialitet** har eftersträfvats. Som forskare har jag inte bekantat mig med kursdeltagarnas GAS-blanketter eller personliga data före informationstillfället. Den enda information jag som forskare haft före informationstillfället är att dessa grupper är inne på sin sista kursdel. Intervjuerna bandades in och skrevs ut med samma apparatur och program som informanternas rehabiliteringsberättelser och var härmed lika skyddade. Enbart forskaren och personen som skrev ut intervjuerna har haft tillgång till utskrifterna, och de har förvarats på ett säkert ställe. Informanterna har fått information gällande vilka personer som kan se transkripterna. (Carlström & Carlström-Hagman 2011 s. 171-172)

Rapporteringen har utförts så att etiska aspekter har beaktats på samma gång som studiens resultat strävar till ett värde i forskningssyfte. Resultatets återgivning och diskussion av materialet, återges så att deltagarnas identitet inte kan avslöjas. (Kvale & Brinkmann 2009 s. 88 och 118)

De uppgifter som samlats in gällande enskilda personer kommer **enbart att användas för denna studie**. Då arbetet godkänts kommer allt material som har med informanterna att göra att förstöras genom Karjalohjan Päiväkumpu Oy, i enlighet med patientskyddslagens krav på skrotning av patientmaterial. (Carlström & Carlström-Hagman 2011 s. 172-173)

6 RESULTAT

Målsättningar som diskuterades i fokusgrupperna var i stort relaterade till 1) Viktminskning och minskning av midjemåttet. 2) Fysisk aktivitet såväl gällande muskelmassa och uthållighet, som ökning av vardagsaktivitet både på arbetsplatsen och fritiden. 3) Effektiv återhämtning under arbetsdagen, t.ex. att hålla pauser, paus-jumpa, promenad på kaffepauser och att äta utanför arbetsplatsen. 4) Dygnsrytm innehållande tillräckligt mycket sömn och minskning av övertid på arbetet. 5) Normalisering eller förbättring av blodvärde och blodtryck, alternativt kunna minska eller helt lämna bort t.ex. kolesterolmedicin. 6) Minska sittande tid på arbetet genom bl.a. pauser och användning av elstyrda arbetsbord. 7) Förändra attityd i största allmänhet, strävan efter en positiv livssyn. 8) Planering av såväl arbetstid som fritid, för att minska stress relaterad till bl.a. arbetsresor.

Resultatet har indelats i två huvudgrupper i enlighet med Hälsoaktionsmodellens indelning på faktorer som påverkar intention till handlande, samt faktorer som påverkar anammandet av beteende. Informanternas citerade utsagor har hållits i sin ursprungliga form på talspråk, såväl som på deras modersmål, vilket är finska. Valet att lämna utsagorna på finska har varit att hålla dem så autentiska som möjligt och att inte tappa nyanserna och undvika risk för att innehållet eller tankarna bakom utsagan skall förvrängas i översättningen.

6.1 Faktorer som hos informanterna påverkar skapande av intention till förändring av hälsobeteende

Teman som kunde finnas i materialet och tillhör, i enlighet med modellen Hälsoaktionsmodellen, fasen av intention för beteende bildade sju huvudgrupper. De sju grupperna är:

- Rehabilitering

- Ta ansvar för sin hälsa
- Fakta
- Avbrytning av normala vardagsrutiner
- Stöd av rehabiliteringsteamet
- Att ge sig själv möjlighet till förändring
- Att ordna saker och ting så att förändringen är möjlig

6.1.1 Rehabilitering

Grundtanken gällande önskan att förändra någonting i livet och vardagen har väckts hos informanterna i det skede då rehabilitering har kommit på tal med bl.a. företagshälsovårdens läkare, alternativt att informanterna själva har läst om Aslak-rehabilitering i t.ex. koncernens infoblad. För en del har bl.a. smärta och andra symptom varit det som väckt en tanke om att de borde göra någonting. Symptomen har kommit att bli en del av vardagen och de åtgärder de hittills tagit har inte hjälpt. Diskussion rörde sig även kring minnen av en tid då de mått bättre, varit i bättre kondition etc. och en önskan att komma tillbaka till det stadiet gällande hälsa och välmående. Även tankar om osäkerhet gällande framtid, förhöjd pensionsålder och hur orka i arbetslivet kom på tal.

Informanterna lyfte även fram, att utan rekommendation av läkare, förman eller information i infoblad, skulle de inte ha kommit på tanken att ansöka om rätt att få delta i Aslak-rehabilitering, trots att en del av dem hade hört om Aslak-tidigare.

”...mulle tää on ollut selvääki, et vaatii ihan oman työkyvyn ylläpitämisen. Mä ajattelin et vaik on kaikki kunnossa ja hyvin menee, mut mä ajattelin et mites vuoden päästä, meneeks mul hyvin sit et jaksaks mä? Ni tämmöstä ennaltaehkäiseväks [ASLAK] et tule tää et ihan sen takia ku ikää tulee ni sit tota ihan siihen jaksamiseen ja simmoseen ni tota, sen takia.”

”Mulla oli vähän samalla tavalla kuin XXXX et kun sen siinä henkilöstötiedotteesta näin ni jotenkin semmosen kimmokkeen mul oli et en tiä oli siko mitään parempaan lähteny nyt mutta että ajattelin sitä että kun pääsis siihen vähän siihen aikaisempaan olotilaan koska se oli semmosta fleg-

*maattista plösoilyä se elämä hyvinkin pitkälti ni tota vähän sellaiseen ot-
tavamaan askeleeseen ja sit se tuntu et tossa voisi olla se juttu joka pikku-
sen potkaisisi mua takapuolelle. Kyllä innostuin [kuntoutuksesta] suunnat-
tomasti siitä ideasta itse asiassa.”*

6.1.2 Ta ansvar för sin hälsa

I fokusgrupperna talades mycket om insikten att verkligen förstå att det är en själv, och enbart en själv som verkligen kan påverka situationen och göra någonting. Att man måste göra det beslutet med sig själv, att nu gör man förändringar i livet. I samma sammanhang talades det även om att ingen annan kan tvinga till förändringsiver, att det måste komma från en själv. Rehabilitering sågs även som ett speciellt engångstillfälle som det lönar sig att ta vara på.

”Ja se et kukaan muu ei sitä tee, ne on sun jalat ku lähtee viemään. Koska ei, onhan rasvaimut keksitty, jaa, mut se ei liity taas tähän, et esimerkiksi jokuki kuntoutukses et ku ne ei saanu mua kuntoutettua siellä. oij oij. Sehän pitää tehdä itse, meille annetaan vain välineitä ja tietoa, siis tieto, oivallus ajatus. Näin tehdään se, eli vastuu itsestään, kasvaa aikuiseksi ja ota vastuu itsestäsi.”

”Eihän totaniin tommonen että on niskat kipeänä ja tota rapakunto ja kaikki muut, ni ku ei sitä kukaan muu, ei. Ei oo semmosia vinkkejä eikä tabletteja tai muuta joka auttaisi vaan itehän se on niinku ruvettava ja sen jälkeen sain kipinän ja kevääseen asti oli aika hyvä vauhti päällä.”

6.1.3 Fakta

Informanterna lyfte fram fakta och information, innehållande praktiska och konkreta exempel samt förklaring till varför, som en viktig faktor för att väcka vilja att förändra beteende samt motivation att förändra. Tidigare information om t.ex. kolesterolvärden

och blodtryck, har varit värden läkare har talat om med dem, utan att de betytt någonting för dem p.g.a. att de inte upplevt sig som sjuka. Förhöjda värden som en varning för att situationen utvecklats åt s.a.s. fel håll har de inte tagit på allvar.

”Paljon ollaan opittu [kuntoutuksessa], tai minä oon, sanotaan nyt että kaikki nämä lääkärin kokeet missä mä nyt oon pakossa niinku ollut niin siten mä oon saanu vaan numeroita siihen, nämä on jotain kolesteroliarvoja, verenpaine arvoja mut ne ei oo merkinny itse asiassa yhtään mitään niin kauan kun sitä tunsu itsensä terveeksi. Mut nyt täällä ollessa mä oon niinku oppinu kattomaan että mitä nämä itse asiassa tarkoittaa, ja otan niinku todesta ne.”

”Kyl se varmaan on ne faktatiedot silleen selkeesti ja hyvin esitetynä millä saa ihmisen sitten niinku innostumaan koska kaikki täytyy lähtee siitä omasta itsestä ja siitä omasta päätöksestä ja oivalluksesta.”

6.1.4 Avbrytning av normala vardagsrutiner

Grupperna tog fram rehabiliteringen som ett viktigt forum för att komma igång med sina hälsofrämjande förändringar av livsbeteenden, såväl som en ny plattform att skapa förändring från. Även det faktum att Aslak-rehabiliteringen har utförts bortan från vardagsrutinerna på rehabiliteringscentret har hjälpt dem att ta avstånd från vardagens rutiner och de har t.o.m. kommit ur vad de kallade för tidigare ekorrhjul. De refererade till de gamla rutinerna som en trygghet, vilket innebar att de även insåg att de måste vara färdiga att stiga ur sitt trygghetsområde för att låta en förändring ske. Trots motivation kunde de märka att de till en början hade känslor av motstånd, för att senare inse att det som sker är bra.

”Sää oot semmosess oravanpyörässä ja sä pääset siitä irti [då du fysiskt är på rehabiliteringscentret – bortan från arbetsrutiner och vardagsrutiner] vähän ja sit sen jälkeen on helpompi jatkaa jotain juttuja niinku mullaki lähti se et pysty organisoimaan niitä töitä. Näin niinku sen tilanteen uusilla silmillä sitte”

”Se on joku tietty turvallinen rutiini kuitenkin mikä on jäänyt päälle jonka tietää että toimii. Ja sitten se rutiini tulee raskaammaksi ja raskaammaksi. Sä et uskalla irrottautua siitä ja muuttaa sitä.”

6.1.5 Stöd av rehabiliteringsteamet

Stödet av det professionella teamet sågs som mycket viktigt. Båda grupperna lyfte fram att stödet skulle vara av positiv natur. Teamets närvaro och information och råd var viktiga. Dessutom styrde teamet in fokuset på relevanta ämnen skraddarsydda för gruppen. Positivt var också att teamet inte krävde färdigt uppställda mål eller ställde krav på hurudan tidtabell informanterna ställde upp. Att informanterna själva hade fått lägga upp sina mål ökade motivationen för att jobba för sina målsättningar.

”....ja sit toisen kautta se et tääl on ollu mun mielestä se että siit ei itse asiassa hirveesti höngäTTY koko aikaa sillon millään kurssilla, siis kyllähän siitä puhuttiin ja ruokavaliosta puhuttiin ja oli niinku ne luennot, mut ei semmosta hirveetä mitenkään painostusta eikä sen suuntaista että pudotakaa paino, pudottakaa paino vaan mun mielest ihan selkeesti niinku oli ehkä se että lisätään liikuntaa ideana, jos mä nyt tulkitsin oikein.”

6.1.6 Att ge sig själv möjlighet till förändring

Att informanterna hade blivit godkända för rehabilitering och inlett den fick dem att se rehabiliteringen som en möjlighet att satsa på sig själv och med högre sannolikhet även lyckas. Detta i sig uppfattades som en orsak till ökad motivation. Rehabiliteringsprocessens begränsade tid på ett år, fick dem även att vakna upp till att de måste sätta igång om de skall hinna få förändringar till stånd medan rehabiliteringsteamet fanns till deras förfogande. Rehabiliteringens uppdelning på fyra kursdelar sågs som viktig, eftersom de hade möjlighet att påminna sig om målsättningarna och få ny motivation under processens gång.

”On se silleen ku lähtee hakeutumaan tämmöselle kurssille ni siinä niinku antaa mahdollisuuden sitten itselle et niinku tämmösiin muutoksiin ni kyllä sä niinku ajattelet et nyt täytyy niinku jotain tehdä. Oli sulla syytä, siis ennen, kun sä anoitkaan ni sillonhan sä huomaat et jotai syystä anottu.”

”Eka jaksokin oli heti alkuun tosi innostava, et mä ku mä tiedän itteni et se sohvan nurkka huutaa ja sanoo että kudo minut valmiiksi huutaa se kaunis villasukka et mä en niinku voinu antaa periksi, mun täytyy jotain muuttaa, ei paljon mutta vähän.”

6.1.7 Ordna saker och ting så att förändringen är möjlig

I båda grupperna fanns det informanter som påbörjade konkreta förändringar i enlighet med sina målsättningar, eller åtminstone med sådana de såg som enklast och konkretast, direkt då de kom hem från den första rehabiliteringskursdelen. Två informanter behövde dock mer tid för att komma igång. De talade om att de behövde tid för att processera och vänja sig vid tanken, men också tid för att komma fram till en helhetsplan vad gällande sin vardag innan de kände sig färdiga för att sätta igång rent konkret.

”Joo, mul oli tota myös vähän sellainen niinku hidas käyntiinlähtö, mut varmaan oli silleen et mä niinku suunnittelin siinä niitä mitä liikuntoja mä nyt kokeilisin tai tutkailin mitä mahdollisuuksia on et mihin mie sit lähtisin kallistumaan... Et silleen sit just sen vuodenvaihteen jälkeen oleva se toinen Aslak ni sen jälkeen tai oli siinä pikkasen alkanu se liikunta lähtee käytiin mutta kuitenkin se vaati sen oman aikansa ennenku sa niitä asioita puitua ja suunniteltua ja hahmoteltua mitä on ne omat mahdollisuudet.”

6.2 Faktorer som informanterna lyfter fram som stödande av nya hälsobeteendet och dess anammande

Temat som kunde finnas i materialet och tillhör, i enlighet med hälsoaktionsmodellen, fasen av anammande av nytt beteende och skapande av rutin bildade åtta huvudgrupper. Dessa grupper är:

- Positiva upplevelser och erfarenheter
- Stöd av andra personer och grupper
- Stärkning av självaktning och självförtroende
- Få in hälsofrämjande beteende i vardagen och på jobbet.
- Stärkt intresse för egen hälsa och välmående
- Förändring i hur man förhåller sig till saker
- Tidsplanering
- Att ha rätt till att satsa på sig själv

6.2.1 Positiva upplevelser och erfarenheter

Ett av de mest centrala temana, som informanterna behandlade och ofta återkom till, var de positiva upplevelserna, erfarenheterna och förändringarna i den egna kroppen, samt förändring i energinivå och uppfattning av hur de orkade i vardagen. Symtom och smärta minskade eller försvann. Minskning av t.ex. kolesterolmedicin och snarkande var bara en del av de förändringar som hade skett.

Förändringar och positiva upplevelser på olika nivå sågs som viktiga för att orka fortsätta, ökade tron på det de gjorde, men ledde även till stärkning av självförtroende, tro på sig själv och vilja att lägga upp vidare målsättningar och sträva vidare. Många av dessa nya målsättningar var inte direkt kopplade till de ursprungliga målsen, utan hade kommit som en s.a.s. sidoprodukt av att de hade arbetat för sina målsättningar, som t.ex. ökad energi i vardagen och allmänt välmående.

Många av de positiva upplevelserna och erfarenheterna som informanterna upplevde låg på ett bredare plan än vad själva målsättningarna innefattade. De positiva

förändringarna verkade breda ut sig eller som informanterna uttryckte det: fungerade som en snöboll, där nya positiva saker följde på varandra.

Informanterna talade även om att jämföra de nya positiva erfarenheterna och upplevelserna med tidigare negativt beteende. Informanterna behandlade bl.a. problem med att hoppa över t.ex. lunch på jobbet p.g.a. stress, och istället ersätta den med godis som kunde ätas medan man jobbade. Detta ledde senare till låg energinivå och illamående samt kompenserande ätande senare. Upplevelsen av skam över att äta någonting ohälsosamt hade lett till att en informant lämnat middagen oäten och följande dag inte hade energi på träningspasset p.g.a. att kroppen inte hade fått tillräckligt med sammansatt energi.

Erfarenheter av en regelbunden dygnsrytm med 8h sömn och 8h arbete gav positiva erfarenheter i förhållande till tidigare erfarenheter av att jobba regelbundet övertid, vilket tärde på energin för fritid och familj och ledde till konstant sömnbrist. Nya positiva erfarenheter hade skapats av upplevelsen i skillnaden mellan att ligga på soffan och se på TV hela kvällen, och den nya situationen där TV tittande ersatts i stort av aktiviteter och sociala situationer.

”Se on tapahtunu ku mä, mua niinku kiinnostaa tuol salil käyminen, mä en käy siellä sen takia et mä laihtuisin enää, mun ei tarvi yhtään grammaa laihtuu mut mä haluun nyt enemmän. Et tulis vähän lihaksii ja tulis sellaseen parempaan kuntoon koska mä en tästä enää nuorru ja mä haluaisin sit ku mä oon vähän vanhempi et mä olisin viel sillai hyväs kunnos.”

”... et työpaikalla tuli syötyä silleen että osti karkkipussin että nappas sen mutta siitähän ei tuu maha täyteen vaan sitten sulla on kahta kauheampi nälkä ja outo olo, sit se meneekin kaksinkertaiseksi sit se syöminen.”

”Mul oli aina ne seuraavan päivän asiat, se viikko-ohjelma et tavallaan sen pystyy rytmittää ja sen pystyy niinku vetää läpi niin et jos sä oot sit väsyneempi n isit se tavallaan teho laskee siel sitten et sä et pysty tekee niin paljon, eli se vaikuttaa sitten ja sit sä et pääse irti neljältä, ja mä haluan nyt aina lähtee neljältä, en mä jää koskaan sinne neljän jälkeen enää

tekee ja sit mul on menny loppu päivä huonosti jos mä joudun neljän jälkeen...”

”Niin, mä lopetin juoksemisen silloin ku paikkoja alko särkemään, jalkaan, polveen ja sitten paino rupes tulemaan lisää. Mut se alko särkemään juuri sen takia että painoa oli tullu lisää. Nyt ku pystyn taas juokemaan yks kaks viiden jälkeen koska painoa hävis 8kg ja se pitää ynnätä, sinäkö kerroit miten joka askel ynnätään kolmella, se kilomäärä, eli joka askel on nyt on 23 kiloa, 24 kiloa kevyempi.”

6.2.2 Stöd av andra personer och grupper

Informanterna talade mycket om betydelse av stödgrupp och att göra saker i grupp, samt stöd av vänner, familj och t.o.m. hundar. I rehabiliteringsprocessen lyfter de fram gruppens styrka som mycket viktig. Att gå med i t.ex. gymnastikgrupper eller bestämma t.ex. joggningstider med någon annan ansågs som viktigt för att uppehålla motivation, regelbundenhet och skapa rutin. Att kunna tala om förändringar och följa en annans utveckling beskrevs som inspirerande och hjälper informanterna att fortsätta. Andra personer kunde även bidra med råd och stöd då informanterna stötte på problem eller t.ex. då de ensamma inte vågade prova på någonting nytt eller tyckte att någonting var för svårt. Detta uppfattades som mycket viktigt.

Stödet av det mångprofessionella teamet sågs, som tidigare nämndes, som mycket viktigt. Det gällde både vid uppställningen av mål och vid önskan om beteendeförändringar, men också senare under processens gång. Båda grupperna lyfte fram att stödet även i detta skede skulle vara av positiv natur. Grupperna poängterade även att det var särskilt viktigt att stödet var positivt vid kritiska skeden, som då t.ex. återfall hade uppstått.

Även att få bekräftelse av andra, då saker förändrats uppfattades som viktigt för en del av informanterna, t.ex. att man blivit hurtigare, piggare eller smalare.

”Tai sitten jos ei ole syntynyt [resultat], kun en yksin saanut aikaan. Eli mulhan tuli niinku kuntosali, täällä tuli se idea siitä kuntosalista ja sitä

sitten mietin, ajattelin vuodenvaihteessa aloittaa niinku, kaikki tottakai aloittavat vuodenvaihteessa, haloo, ja se siirty mul sitten sen toisen kerran jälkeen, se kuntosali tuli sit siihen niinku lisäksi sen toisen kerran jälkeen [andra ASLAK kursdelen]. Eli yhden meidän ryhmäläisen kanssa joka käy kuntosalila ni sanoin että lähdetkö sä tonne ylös mulle näyttämään ja sitten löysin sen naisten salin ja sitten siitä, millos me oltiin, eiksmse maaliskuussa vai millon me oltiin seuraava setti.”

”Se on ihan totta koska sitten aina ku meilläki yhen naapurin kans on silleen et käyn iltalenkillä ni ni sit ku hän soittaa et ”lähetäänkö” ni sit ei niinku viitti sanoo et no en mä tuu mut itelle on niin helppo sanoo et ”ei”. ”

”Ja työmatkat et mul on kotiinmenomatkalla ylämäkee ja töihin meno on alamäkee, ja ku se on se sama reitti ni ai että ku tuntuu mukavalta nyt ku on vuoden tassutellu sitä. Ja ku sukulainen asuu siin ylämäen puolessavälissä ni se kerran sit sano mulle kerran ku nähtiin, ni se sano et tota ”kyl se kuntoutus varmaan sulle auttaa, tiiätkö pakko on sanoa että sä vähän kävelit jo ku mummo” et mä oon tulla paarustanut sieltä töistä sillai huh-huh väsyneenä ja nyt on aika vekkulia. ”

6.2.3 Stärkning av självaktning och självförtroende

En av de bärande faktorerna visade sig vara den stärkande effekt på självförtroendet och självaktningen som de positiva erfarenheterna, känslan av att ta ansvar, positiva resultat etc. hämtar med sig. Denna förändring leder till att informanterna har kunnat se på sig själv mer helhetsmässigt samt koncentrerat sig på det som förändrats på ett positivt sätt, mot tidigare då fokus mer låg på det negativa. Diskussion rörde sig bl.a. om accepterande att vikten inte gått ner så mycket de hade tänkt sig, men att de ändå var nöjdare med sig själv eftersom konditionen hade stigit och olika smärtor och andra symtom minskat.

Informanterna vågar utmana sig själv på nya sätt och i nya situationer. Denna typ av utmaning har bl.a. visat sig i att ställa upp gemensamma mål med andra som är i bättre form gällande t.ex. maraton. De ger sig själv även mera tid och vågar drömma, t.ex. om att de om några år springer maraton, eller lever ett bättre liv såväl i sitt förhållande som på arbetet. De vågar även på arbetsplatsen föra fram sin sak på ett säkert sätt. Även efter nekande från arbetsgivarens sida, kan de aktivt jobba för att hitta en egen lösning utan arbetsgivarens stöd eller insatser.

Denna stärkning av självförtroendet minskar även på den osäkerhet som tidigare har uppstått i situationer där de t.ex. har blivit kraftigt andfådda. De skyggar inte för skammen över att visa för någon annan att konditionen inte är på önskad nivå, nu täcks de bli andfådda och ser det som ett bevis på att de jobbar för saken.

”...sen mä oon huomannu että kun on jaksanu liikkua neljä kertaa viikossa niin vaikka se paino ei oo ehkä ihan sitä mitä sä haluat niin on kuitenkin tyytyväisempi itseensä ja tulee mielihyvä siitä liikunnasta.”

”Niin mut et arvostaa sitä itteensä ja et se on mulle hyväksi että täällä tuoksuu kuule Tolu, et nyt laitan kaiken nätisti ja pyyhin pölyt. Kyllä kyllä, nimenomaan että itteensä arvostaa sillä lailla. Tai ostaa itselleen uuden cross-trainerin tai jotai.”

”Ei ollu marraskuussa vielä, me oltiin siitä niinku puhuttu mut me ei oltu toteutettu sitä koska meil ei firmal ollu silleen rahaa ostaa sähköpöytiä ja sitten alkuvuodesta sen ensimmäisen keikan [första ASLAK kursdelen] jälkeen niin me kannettiin vaan alhaalta sellaset pyöreet pöydät jotka pystyy asettamaan määrätyle korkeudelle ja siin oli meidän työpiste ja nyt meil on jo mun kollegan kanssa sähköpöytä, yhteinen, jaamme yhteisesti sähköpöydän, hän on mua 20cm pitempi joten mul on semmonen spädäkoroke, mä aina kiipeän estradin lavalle, on the stage. Koroke ni me ollaan eri puolilla pöytää samassa huoneessa, toimii erittäin hyvin.”

6.2.4 Få in hälsofrämjande beteende i vardagen och arbetet

Ett av de mest centrala temana var hur informanterna har lagt in förändringar i vardagen, hur de fått tiden att räcka till men även för att det inte skall kännas som en alltför stor förändring. Informanterna insåg även att detta var en viktig faktor för att orka hålla igång det nya beteendet och få en förändring, som skulle hålla på långsikt. Många små förändringar tillsammans har för informanterna lett till få stora resultat, vilket hade förvånat dem. Det gav dem även en känsla av att förändringar inte behöver vara tunga och svåra och att de kan uppfattas enklare och mindre smärtsamma än vad de ansåg från början.

Diskussion kring ökad vardagsaktivitet såväl på arbetsplatsen som på fritiden var en förändring alla informanter hade fört in. De skickar t.ex. inte mail till arbetskolleger utan går med sitt ärende, de printar ut dokument till en printer i en annan våning och de använder trappor istället för hiss. Flera av informanterna hade även börjar cykla eller promenera till jobbet, och också till vänner och butiken.

Flera av informanterna hade börjat införa pauser under arbetsdagen, genom att inte dricka eftermiddagskaffet medan de arbetade, utan istället i kafferummet. En informant hade börjat gå till restaurangen för att äta, för att inte som tidigare, då hon åt i kafferummet blev avbruten av arbetsärenden. Dessa små förändringar ledde till att de orkade bättre under dagen, särskilt eftermiddagen, men även ansåg sig ha mer energi på kvällen.

En del av de små förändringarna gällde även sådant de inte hade makt över. En av informanterna talade om hur han hade lyckats förändra matrutiner i och med att hans närbutik inte längre sålde hans vita favoritbröd. Detta resulterade i att han började äta rågbröd, men också att han gick ner i vikt, vilket ledde till att han också lämnade bort daglig öl och läskdrycker också.

”ja samoin sit se seisomapiste että mä oon nyt tammikuussa tulee vuosi et mä oon tehnyt lähes 90% työstäni seisten... Se on isoin muutos oikeastaan työssä...”

”No mä en tiedä, mä aattelen et mun pitää tehdä jotai sille asialle että mä niinku joskus jätin kahvin juomatta ja sitten menin sinne meidän keittiöhuoneeseen ja syömään jotai voileipää ja sitten joku tuli kysymään ja ei ikinä saanu levätä, se oli niinku välillä 10-15 min ja sitten luovuttu ja sitten meni takaisin työpisteeseen ni mä rupesin menemään ruokalaan syömään että ihan pois siitä työpisteestä ni se on auttanu mua tosi paljon et irtautua työasioista. Mulla on paljon enemmän energiaa iltapäivällä että kun menee oikeen pois ja ajattelee jotain muuta ni sitten ku tulee takaisin ni jaksaa taas.”

”....me lähetään ku meil on mun miehen kanssa sama työmatka vaikka ollaan eri työpaikoilla niin tuota mä oon sitten sanonu että mä lähen aikaisemmin töihin ja mä lähen käveleen ja sä poimit mut sit tunnin päästä kyytiin sit ku sä lähdet, ni tota nyt ku mä oon täällä lähteny aamuisin lenkille ni et mä jatkan sitä sit... Se tulis niinku niin huomaamatta.

6.2.5 Stärkt intresse för egen hälsa och välmående

Som tidigare nämnts lyfte informanterna fram fakta och information, som en viktig faktor för att väcka intention att vilja förändra beteende. Kunskap i kombination med positiva erfarenheter har enligt informanterna även lett till ett ökat intresse för egen hälsa och välmående samt ett mer aktivt sökande efter ny och djupare information. De lyfter även fram att de reagerar för information och kampanjer i sin omgivning på ett helt annat sätt än tidigare. De övervägde om de själva ville delta, och de snabbade upp delar av dem som de införde i sin egen vardag.

”.... kun just et oli käynyt täällä Aslakissa ni alko jotenkin tietoaikin imee jotenki eli mä kävin sairaalassa ihan toisessa asiassa, ni kävin alakerrassa huvikseen siinä itsehoitopisteellä ja mittailin jotain verenpaineita just

ja tällaista ja sit kattelin sieltä ni siel oli joku semmonen ohje ku KK eli kunnossa kaikenikää projekti juttu ja se oli semmonen et auke niin kuin näinpäin. ...ja se oli hirveen jotenkin sopii mulle se ohje hyvin.”

6.2.6 Förändring i hur man förhåller sig till saker

Under diskussionernas gång kom det upprepade gånger fram att processen har lett till en förändring i hur informanterna i dagens läge förhåller sig till saker, känslor, symptom och situationer. Deras syn på hälsa har blivit vidare, där t.ex. några kilogram för mycket inte längre var så viktigt, bara konditionen och hälsan och orken i övrigt var bättre. Informanterna upplevde även att de fokuserade mindre på kroppens negativa signaler än tidigare.

Förmågan att förhålla sig till stress och motgångar har blivit bättre. Tidigare har stress, krav och motgångar kunnat s.a.s. förlama dem. Men nu delar de t.ex. in saker i sådant de inte kan och sådant de kan påverka. De fortsätter med vardagens bärande rutiner trots att de möter motgångar, vilket igen hjälper dem att orka vidare

”Ja sit toiki, on jotain tutkimustuloksia tullu et mikä vaikutti muaki tos painos et on puhuttu et kyl se menee hyvä ylipainoki jos sä oot hyvässä kunnossa ni seki voi olla ihan jess homma, et niitähän nyt tullu että totani, niin että se vaan et sä oot hyvässä iskussa ja paikat pelaa ja kroppa toimii ni ei sil oo ehkä niin merkitystä sit vaik sitä painoa on vähän ylikin vielä vaikka laskenut.”

”Et miten paljon se toi mielihyvää, se oli kyl tosi hieno. Huippufiilis. Se niinku tavallaan oli just se et oli paljon tuli sitä semmosta niinku et jaksamista lisää, sitä semmosta vähän sellasta mielialan paranemista mun mielestä tuli ehkä omasta mielestäni siitä liikunnan lisäämisestä. Ainahan niitä elämässä niitä vastoinkäymisiä on ja surkuteltavia asioita ja pahoja ja paskoja juttuja mutta tota, mut että niihin ei sit jääny enää vellomaan vaan totes että tämmöstä on olemassa ja näin käy ja tää on inhottavaa mutta lähden lenkille, tai ei lyö hanskat tiskiän. Niin, niin ku ettei jää sii-

hen tuleen makaamaan. Et vähän sellasta niinku sillä lailla reipasta mistä ehkä omassa itessäni sen mielialan suhteen.”

6.2.7 Tidsplanering

Informanterna lyfte fram att det att ordna sin tid, såväl på jobbet som på fritiden, har gjort att de har lättare att utföra rutiner, förbereda sig för tyngre faser på jobbet och att de får mera gjort. Detta har hjälpt dem att bl.a. delegera och begära hjälp på jobbet innan stressen blir för hög. Dessutom har de fått tid att t.ex. gå på sin pilateslektion. De har lättare att hålla fast vid sina egna hobbyer. Allt detta fungerade även som en stärkning av motivation, då de kunde se tillbaka på vad allt de fått till stånd. Detta i sin tur fick dem att hålla igång, eftersom de inte ville ”förstöra” de aktiva rutinerna.

”Niin toi on just se et sä oot löytäny jonku jutun, se et se on just sinä iltana ja siihen ei buukata päälle mitään et niinku sekin oli mulla et on silleen niinku tavallaan aikataulu tai lukujärjestys jonka mukaan sit niitä juttuja tehdään sillon viikolla ja ku se on tehty ni se on sit ohi.”

6.2.8 Att ha rätt till att satsa på sig själv

En faktor som informanterna såg som en del av tankeprocessen var den att de under processens gång hade börjat acceptera att de satsade på sig själv, att t.ex. motionsreskap är okej att inhandla. Ibland behövde de dock stöd av någon annan, för att det i slutändan skulle kännas bra. Men det att ha rätt att satsa på sig själv innefattade inte bara saker mätt i pengar, utan gällde även hur de använde sin tid, och att de unnade sig mer egen tid. Denna process ledde även vidare till att informanterna gav sig rätten att fundera över vad de behövde och ville.

”Sillai se vaan sit lähti et mä mietin sitä kauan sit siinä, tai jonkun aikaa, et mun ystävä sano ku oltiin kävelylenkillä et mä sitä rahaa mietin ku mä sen palkkasin sen PT:n ni sit hän sano mulle et ’kuule, mitä sä tommosia

*mietit, et satsaa ittees vaan' kun mä en käy missään lomareissuilla nyky-
ään enää kauheesti ni sitä mä rupesin miettii et 'niinpä, miksen vois?' Ei-
kä kaduttanut yhtään, tai ei oo yhtään kaduttanut. Et se antoi paljon, tosi
paljon."*

7 DISKUSSION

Syftet med denna studie var att genom fokusgrupp-intervjuer söka en djupare förståelse för förändringsprocesser vad gäller hälsofrämjande livsvanor bland friska personer. Svar söktes genom att låta informanter, som genomgått en Aslak-rehabilitering och uppnått hälsofrämjande mål, lyfta fram sina tankar och åsikter gällande vilka faktorer som enligt dem varit av vikt i deras hälsofrämjande förändringsprocesser. Dels har informanterna blickat tillbaka och dels sett på situationen som den är idag. I någon mån har de även blickat framåt.

Resultatet har delats in i två grova grupper enligt huvudgrupperna i Hälsoaktionsmodellen (HAM). Kategori ett innefattar de faktorer som informanterna lyfte fram som påverkande av intentionen för inledande av nytt hälsobeteende och kategori två innefattar de faktorer som igen påverkar anammande av nytt hälsobeteende samt skapande av rutin.

De faktorer som informanterna lyfte fram som centrala gällande intention till förändring av beteende har kategoriserats enligt följande:

- Rehabilitering
- Ta ansvar för sin hälsa
- Fakta
- Avbrytning av normala vardagsrutiner
- Stöd av rehabiliteringsteamet
- Att ge sig själv möjlighet till förändring
- Ordna saker och ting så att förändringen är möjlig

Faktorer som påverkar anammande av nytt hälsobeteende samt skapande av rutin sammankopplade till kategorier i enlighet med följande:

- Positiva upplevelser och erfarenheter
- Stöd av andra personer och grupper
- Stärkning av självaktning och självförtroende
- Få in hälsofrämjande beteende i vardagen och på arbetet
- Stärkt intresse för egen hälsa och välmående
- Förändring i hur man förhåller sig till saker
- Tidsplanering
- Att ha rätt till att satsa på sig själv

7.1 Diskussion gällande intention till beteende

Bland de bakomliggande faktorer som informanterna förknippade med väckande av intention till förändring ligger ett missnöje med den situation personen befinner sig i, även om de talade om att det ekorrhjul de befann sig i vid processens början ingav dem en sorts trygghet. Också minnet av att tidigare varit s.a.s. i ”bättre skick” och en osäkerhet inför framtiden var teman som påverkade, och visade sig som vad jag upplever som en mögenhet för att påbörja en förändringsprocess.

Informanterna talade om att Aslak-rehabiliteringen gav dem en chans de ville ta vara på, att de ville ge sig själv möjlighet till förändring, men de talade även om Aslak-rehabiliteringen som sin sista utväg. Denna nya situation speglades mot att de på egen hand inte hade lyckats införde förändringar i sina liv som de, om inte medvetet, så i alla fall omedvetet, ville göra. Det föreföll även som om de också jämförde den situation de var i början av processen med ett tidigare tillstånd, ett tillstånd där de mått bättre och haft mer kontroll över sin hälsa och sitt välmående, men även gällande tidsanvändning och kontroll. Här väcks även tanken om att de hade en önskan om att ha starkare värden av välmående och hälsa samt kontroll i enlighet med empowerment samt Antonovskys KASAM. Jag upplevde även att de talade om önskan till förändring som om de hade erfarenhet av en tid i sitt liv då de haft starkare värden av kontroll, empowerment och KASAM.

Informanterna talade om att motivationen för rehabiliteringen började redan i det skede de ansökte om rätt att få börja. Det var t.o.m. tal om att det var dags att ta ansvar för sitt liv och att bli vuxen. Vilket alltså kan innebära en strävan till att utvecklas och bli en mer empowerment-stark person. En önskan om att vara en person som tar ansvar för sin hälsa och sitt välmående och arbetar aktivt för det.

Väl på rehabiliteringscentret ansåg informanterna att den fakta och argumentation för varför olika insatser är viktiga, tillsammans med de konkreta råd och förslag på övningar och insatser, verkar fungera som en viktig grund. Även om information i sig helt säkert, så som Green och Tones lyfter fram, knappast leder till att nytt handlande och beteende skapas. Här väcks tanken att början till den attitydförändring och den motivation, som Green och Tones (2010) talar om som nödvändig, redan har skett i någon grad i det skede de har rekommenderats eller valt att anmäla sig till Aslak-rehabiliteringskursen. (Green & Tones 2010 s. 143)

Stöd av det mångprofessionella teamet har av informanterna lyfts fram som en viktig faktor. De har även specificerat det så, att teamet ger dem kunskande och den hjälp de behöver för att kunna lägga upp relevanta förändringsmålsättningar och kunna arbeta för dem konkret. Detta överensstämmer med Green och Tones påpekande, att den stödjande omgivningen skall arbeta för att det hälsosamma valet skall göras till det enkla valet. (Green & Tones 2010 s. 117-118) Informanterna talade vidare för behovet av att självbestämmanderätt och frivillighet bör hållas kvar. Denna självbestämmanderätt kom starkt fram i diskussionerna kring det att de själva fick välja hurdana och vilka målsättningar de la upp för sin rehabiliteringsprocess och för framtiden. Även om det hade uppfattats som svårt, band målsättningarna dem även till att jobba hårt för att uppnå dem, just för att de var deras egna och inte påtvingade. Green och Tones (2010) menar att det centrala i hälsofrämjande arbete innebär att inte övertala utan att stöda och ge egenstyrka genom empowerment (Green & Tones 2010 s. 48).

Gruppens stöd har inte varit så konkret i början av rehabiliteringsprocessen, men har givit deltagarna en känsla av att de inte behöver genomgå processen ensamma. Men

de verkade redan i detta skede ha en uppfattning om att gruppens stöd kommer att vara av större vikt senare i processen.

Även det att rehabiliteringen innebar en brytning från vardagen, såväl hemifrån som från arbetet, lyfte de fram som en faktor som påverkade viljan och motivationen att göra förändring. De såg det som ett drastiskt sätt att ryckas loss från det ekorrhjul de talat om och ett sätt att ha lättare att se objektivt på situationen.

7.2 Diskussion gällande anammande av beteende

Ett mycket centralt tema som informanterna diskuterade var positiva upplevelser och erfarenheter, vilket bekräftade att det de gjorde lönade sig, och att det lönade sig att fortsätta. De positiva erfarenheterna av dessa insatser gav mer kraft genom att de gav mer energi och föreföll höja självförtroendet och tron på dem själv, såväl som självaktningen. I enlighet med Antonovsky är det just erfarenheterna av att klara av att skapa balans i olika situationer som leder till att skapa eller stärka KASAM och positiva livserfarenheter (Antonovsky 1987 s. 57 och 59).

Positiva erfarenheter visade sig i utveckling av t.ex. kondition, och i vardagsrutiner genom att vardagen blev lättare att sköta, vikten gick ner och olika smärtsymtom minskade eller försvann. Stärkningen av självförtroendet ledde till att informanterna bl.a. vågade ta upp saker och utförde t.ex. sådana förändringar på jobbet de inte tidigare arbetat aktivt för. Även om en av informanterna t.ex. inte fick det el-bord hon behövde, byggde hon tillsammans med en kollega en egen version som fungerade. En handgriplig handling som hon överraskade sig själv med, men också kände sig väldigt stolt över och med nöje hade delat med sin grupp. Denna handling kan även ses som ett exempel på att informanterna genomgick en förändring gällande hur de förhöll sig till olika situationer. Tidigare hade hon, om än besviken, nöjt sig med avslaget på ansökan om el-bord.

Sättet att förhållandet sig till saker, visade sig på många andra sätt, bl.a. hur de förhöll sig till stress och krav på jobbet genom att objektivt fundera över om situationen var sådan att de kunde påverka den själv eller inte, eller gällande nivå av upplevd stress.

Många situationer verkade informanterna nu även kunna möta på ett nytt sätt och de hade lärt sig att spjälka upp helheter i mindre komponenter så att de blir begripliga och de kan handskas med dem. Detta kan tolkas som en stärkning av Antonovskys begriplighetskomponent inom KASAM (Antonovsky 1987 s. 44).

I diskussionerna kom det även fram ett ansvarstagande och ett nytt förhållande till situationer, då en av informanterna medgav för sig själv att han led av sömnsvårigheter och årstidsbunden depression. Han blev under processens gång beredd att ta emot hjälp vilket gjorde att han hade kraft att sedan fortsätta med sina andra målsättningar. Hans tidigare förhållande kan jämföras med vad Tones och Tilford talar om som blockering av inkommande information och defensivt undvikande (Tones & Tilford 2001 s. 89). En förändring av hans självuppfattning har här skett, och det har gjort att han tar tag i problemet istället för att undvika det.

Även diskussioner gällande förhållande till hälsa väcktes. Det diskuterades bl.a. att några kilogram övervikt inte längre var så viktiga, då kondition och hälsan i stort förbättrats, eller att det att bli andfådd inte mera var någonting att skämmas över. Här väcks tanken om att en förändring i förhållande till tidigare innefattar att de ser detta skeende av livet som någonting de kan få ordning på och ändra till det bättre på ett realistiskt sätt. Detta handlande i sig har lett till livserfarenheter som igen stärker känslan av begriplighet. Tidigare har de mer passivt konstaterat att någonting borde göras, men inte fått till stånd en förändring. En känsla av hanterbarhet har säkert vuxit, vilket medfört en känsla av att de nu har mer resurser till sitt förfogande att möta situationer och krav. Denna hanterbarhet ökar igen tron på att situationer reder upp sig. (Antonovsky 1987 s. 45; Cattán & Tilford 2006 s. 19) Det tidigare passiva beteendet kan även ses som en form av vad Tones och Tilford kallar för inlärd hjälplöshet, som de ser som en motsats till ett bra och realistiskt självförtroende (Tones & Tilford 2001 s. 105).

Informanterna visade även en stärkning i självförtroende genom att de sökte aktivt stöd och hjälp av andra personer och grupper. Detta stöd ansågs vara mycket viktigt

för förändringsprocessen. Viktiga till den grad att de aktivt sökte nya grupper om gamla upplöstes eller deras eget intresse förändrades. Grupperna eller personerna gjorde det lättare att binda sig till regelbundenhet och rutiner, men blev även av större betydelse genom de sociala kontakter de förde med sig. Med andra personer kunde de dela sin process såväl på gott som ont men också ställa upp nya gemensamma mål.

Det stärkta självförtroendet och den höjda självaktningen förefaller även ligga bakom den förändring i förhållande till sig själv, att de nu ansåg att de hade rätt att satsa på sig själv, även om det ibland ännu krävdes stöd av annan person. Att ha rätt att satsa på sig själv visade sig bl.a. i service som kostade t.ex. i form av individuell handledning eller medlemskap i t.ex. konditionssal såväl som att skaffa sig ordentliga träningsutrustningar och kläder. Men de talade även om att ta tid för sig själv och ändra på rutiner och handlande, vilket kunde inverka på andra personer såväl i deras privata liv som på jobbet.

Det förefaller som om deras upplevelse av Antonovskys meningsfullhet skulle ha stärkts och de ser att deras hälsa och välmående är värda att engagera sig i (Antonovsky 1987 s. 45-46). För informanterna hade ett skifte skett gällande deras värderande av den egna hälsan och det egna välmåendet. De ser det som värt att satsa på och talade om processen som någonting de var engagerade i.

De positiva erfarenheterna och upplevelserna verkade även leda till ett starkt intresse för hälsa och välmående. Även det stärkta självförtroendet och självaktningen såväl som tanken på att de är värda att satsa på, påverkade viljan att söka mer information och lära sig mer om vad olika fenomen i deras hälsa betyder. Detta ledde till att de aktivt sökte information och rådfrågade personer som kunde inneha den. De jämförde information och ställde sig också kritiskt till den. Informanterna talade även om en vakenhet inför information och händelser i deras omgivning, även information de tidigare inte skulle ha reagerat på. Green och Tones talar för att just empowerment-starka individer med en större sannolikhet använder sig av den hälsostödande service och information, som finns tillgänglig, på ett bestämt och produktivt sätt (Green & Tones 2010 s. 48).

Informanterna diskuterade även mycket vikten av att få in det nya beteendet och den nya livsstilen i vardagen, så att det ingår i delar av alldagliga rutiner och vardagsaktivitet. De talade även om fördelarna med att lägga upp en veckoplan, såväl hemma som på jobbet. Detta underlättade bl.a. uppehållande av nya rutiner och gav tid för t.ex. deltagande i gymnastikgrupper.

7.3 Diskussion om förhållande mellan de olika komponenterna

De olika system som påverkar förändringprocessen ter sig starkt sammanflätade och fungerar synkroniserat. För mig var det överraskande att dessa var så starkt sammanlänkade och beroende av varandra och att det verkade näst omöjligt att skilja dem åt. Ännu mer överraskad blev jag när jag insåg hur stor förstärkningen av dessa komponenter blev under processens gång. Detta ser jag som en stärkning av just empowermentstyrka och KASAM hos informanterna.

Denna förstärkning av komponenterna tillsammans med deras sätt att vara synkroniserade förefaller leda till en positiv spiral, då den kommer igång på ett tillfredsställande sätt. Som exempel: det väckta intresset ledde till positiva erfarenheter och förändringar, som i sin tur ledde till bättre självförtroende och starkare självaktning, som igen ledde till ökat intresse och ökat ansvarstagande för den egna hälsan. Detta i sin tur stärkte uppehållande av det anammade beteendet samt ledde till införande av nya målsättningar och förändring av beteende, som igen gav nya positiva erfarenheter som igen stärkte självförtroende o.s.v.

Nu finns en positiv spiral, i motsats till det negativa ekorrhjul de talade om att de befann sig i före processens början. De beskrev det visserligen som ett tryggt ekorrhjul, som trots allt blev allt tyngre för dem att driva runt. Det förefaller som om den lyckade förändringsprocessen bidrog till en förstärkning av de olika delarna, påverkande varandra positivt. Detta ledde till en helhet som var mer än de enskilda delarna, och starkare för att den föreföll leda till en situation där processen stärks och drivs på av sig själv genom att delarna ständigt påverkar varann.

7.4 Diskussion om framtiden

Gällande diskussioner om vad som efter Aslak-rehabiliteringen kommer att hjälpa informanterna att fortsätta med hälsosamma vanor lyfte de fram samma faktorer som även fungerat och hjälpt dem såhär långt i processen. Varmt talade de om erfarenheterna av att de lyckats, de positiva förändringarna och att de under detta år lärt sig sådant som de kan utnyttja resten av livet. De talade även om att de inte ville återgå till ”livet innan det nya sättet att leva”. De hade starka tankar om att nya och vidare målsättningar var viktiga för att hålla fokuset alert och de ville också i fortsättningen få styrka av grupper och andra människor. Green och Tones talar om den tro en person har gällande hälsohandlande och möjligheter att utföra dem, så har en person även tankar om i vilken grad han/hon har förmågor och kunnande som är nödvändiga för att kunna nå målet för hälsohandlande. Dessa påverkas av tidigare erfarenheter och upplevelser av framgång eller misslyckande. (Green & Tones 2010 s. 138-139) Under denna process har de inte bara stärkt sin tro på eget kunnande och sin förmåga utan även skapat positiva erfarenheter som stärker denna tro.

Informanternas diskussioner gav även en antydning om att deras självförtroende skulle ha stärkts. Ett bra och realistiskt självförtroende anses enligt Tones och Tilford vara hälsosamt på många sätt, och kan ses som en grad av välmående som är värt att eftersträva i sig själv. Det är dessutom i enlighet med Tones och Tilford rimligt att utgå ifrån att personer som värdesätter sig själv är mer benägna att svara på hälsofrämjande traditionella budskap som ”ta hand om dig själv” och dessutom tro att du är värd att tas hand om. (Tones & Tilford 2001 s. 105) Förändring i graden av självförtroende borde alltså även höja deras förutsättningar att klara av att uppehålla sitt mera hälsofrämjande sätt att handla och leva i sin vardag.

Denna positiva spiral med stärkning och utveckling av empowerment-styrka och KASAM, torde hjälpa dem att uppehålla de nya hälsofrämjande beteendena. Som tidigare nämnts avser Antonovsky att KASAM är en mycket viktig faktor bakom upprätthållande av individens position på kontinuumet hälsa-ohälsa, såväl som en aktiv rörelse mot dess friska pol (Antonovsky 1987 s. 42-43). Dessa förändringar är mycket viktiga då man speglar det mot Prochaskas m.fl. erfarenheter av att förändringsprocessen vid

hälsofrämjande beteendeförändringar i regel tar från fem månader till sex år och i vissa fall även längre (Prochaska et al 2008 s. 100-101). Dessa förändringar är även mycket viktiga då man jämför dem med att Green och Tones lyfter fram att empowerment kan ses som ett av de viktigaste instrument för att uppnå god hälsa (Green & Tones 2010 s. 12).

7.5 Diskussion i förhållande till den tidigare forskningen

Resultatet i denna studie har mycket gemensamt med resultatet i de två tidigare presenterade forskningarna av Russel m.fl. (2013) och Piana m.fl. (2013). Såväl i denna studie som i de tidigare studierna har deltagarna genomgått ett program där hälsofrämjande beteendeförändringar och handledning har stått i fokus. Deltagarnas tankar och uppfattningar av vad som hjälpt dem att göra en förändring har undersökts genom fokusgrupper eller fokusgrupp i kombination med narrativa berättelser. Till skillnad från detta arbete, har de tidigare forskningarna koncentrerat sig även på faktorer som hindrar förändring av beteende och studien av Piana m.fl. (2013) har haft en målgrupp baserad på övervikt.

I denna studie, och även i Russel:s m.fl. (2013) och Piana:s m.fl. (2013) har deltagarna talat om en motivation till förändring, som nödvändig för att en förändring av beteende skulle vara möjlig. I studien av Russel m.fl. uppgavs även en ny medicin eller diagnos som motiverande faktor till att vilja göra en förändring. I Piana m.fl. (2013) talade informanterna om en medvetenhet om hälsorisker kopplade till övervikt och om en önskan att få kontroll över sin kropp, vikt och sjukdom. Att önska sig få mer kontroll över sitt liv passar in på de resultat som kom fram i denna studie. Informanterna i denna studie tycktes dock minnas en tid då de haft bättre hälsa och uppfattat sig ha bättre kontroll över sina liv och sina val och ville få den tillbaka. De talade även om en mer helhetsmässig förändring, en förändring som inte bara skall påverka t.ex. deras vikt, utan påverka livet i sin helhet.

Gemensamt för resultatet i alla tre studier är att positiva erfarenheter och uppnådda mål har bl.a. stärkt självförtroendet, ökat känslan av stolthet, förbättrat konditionen och ökat motivationen. Dessa positiva förändringar och upplevelser uppfattades som faktorer som fick dem att vilja fortsätta och gav stöd för vidare beteendeförändringar. De stärkte även i alla tre studierna tron på att de kunde utföra beteendeförändringar. De ledde även till en önskan att göra fler förändringar, även om det i studien av Piana m.fl. (2013) bara verkade innefatta hjälp vid andra sjukdomar.

Gemensamt för resultaten var även det stöd som bl.a. familj och vänner ger, och sågs som en viktig faktor för förändringsprocessen. I studierna av Russel m.fl. (2013) och Piana m.fl. (2013) har familj och vänner dock även nämnts som ett möjligt hinder. Utblivet stöd av t.ex. en partner ansåg informanterna i denna studie inte som ett hinder, utan berättade att de sökte sig till andra grupper eller personer som kunde ge dem det stöd de behövde.

I studien av Russel m.fl. (2013) lyfte informanterna fram ”tävlande tidskrav” som ett stort hinder för förändringsprocessen. Dessa problem med tidsanvändning visade sig bl.a. i långa arbetsdagar, tid för att göra hälsosam mat, barnvaktproblematik eller svårigheter att hitta tid för träning eller kursens träffar. Här ligger det en markant skillnad i utsagorna från denna studie, där informanterna upplevde att de fått mera tid till sitt förfogande bl.a. för att de skurit ner på den tid de tidigare sett på TV och fått mer energi och effektivitet i sin vardag. De talade bl.a. om vikten av att organisera sin tid såväl hemma som på arbetsplatsen och att ge sig själv rätt att arbeta normala arbetsdagar. Det föreföll som om informanterna i denna studie inte skulle ha uppfattat ”tävlande tidskrav” som ett hinder, i alla fall inte ett de inte skulle kunna lösa.

Informanterna i denna studie hade även gjort mindre förändringar gällande bl.a. mat, och fysisk aktivitet. De hade i etapper förändrat sina matvanor och flätade in fysisk aktivitet på arbetet, arbetsresor och i vardagen. De timmar de använde till att t.ex. gå på gym eller delta i en ledd gymnastikgrupp såg de som egen tid där de även fick utlopp för socialt umgänge. Informanterna i denna studie diskuterade även vikten av att

göra sådana förändringar som passar en själv och ens liv, med en poängtering att de skall vara möjliga att genomföra under en lång tidsperiod. Här väcks tanken på att deltagarna i studien av Russel m.fl. (2013) kanske fått ett färdigt program gällande vad de skulle äta och hur de skulle motionera. Samma tanke skapades gällande Piana m.fl. (2013) i och med att informanterna talade om att de var tvungna att avstå från viss mat, och således gav upp sin kultur, sin identitet etc. men även att den blev till en besatthet som ledde till återfall. Svårigheter kopplade till mat ledde i denna studie till att t.ex. en informant skiftade fokus till motion och lät vikten bli ett sekundärt mål som fick ta längre tid att uppnå än hon ursprungligen tänkt sig. På detta sätt löste hon konflikten med spänning kopplad till sin vikt, och kunde jobba lugnare för sina mål. En annan informant lärde sig att hon inte orkade träna, om hon inte åt regelbundet och en sammanfatt kost. Hon lärde sig också att det är viktigt att inte hoppa över måltider trots att hon föll för frestelsen att äta godsaker ibland.

I alla tre studierna har informanterna lyft fram själva programmet de deltagit i som en mycket viktig faktor för förändring av hälsobeteende. Faktorer förknippade med programmet som uppfattades som stödjande var bl.a. gruppens stöd, den kunskap och råd teamet gav samt teamets stöd. Avvikande var dock informanterna i studien av Russel m.fl. (2013) som lyfte fram att den kunskap och råd gruppmedlemmarna gav ansågs mer värdefullt än det teamet gav, med en motivering att teamet inte förstår vad det innebar att vara t.ex. överviktig. Informanterna i denna studie såg istället att det mångprofessionella teamet och de andra gruppmedlemmarna hade olika sätt genom vilka de gav stöd och jämförde dem inte med varann.

I studien av Russel m.fl. (2013) talade informanterna om svårigheter med att få tag på hälsosam mat, att hälsosam mat var dyr, höga kostnader för träningskläder och medlemskap på gym. Här skiljer sig resultatet från resultatet i denna studie. Då informanterna i denna studie talade om t.ex. kostnader för konditionssals-medlemskort och träningskläder, såg de det som ett sätt att belöna sig själv för att de var värda det. Det var en del av att de nu tog hand om sig själv och ville satsa på sin hälsa.

Skillnaderna i studierna kan vara ett resultat av att denna studie har haft en salutogen ansats, som fört in diskussionerna på ett positivt plan. Fokus har legat på de målsättningar de har lyckats nå, även om diskussionerna också gått in på målsättningar de ännu inte nått, men kommer att fortsätta med. Av vikt är förmodligen även det faktum att informanterna i denna studie redan har ett år av förändringsprocess bakom sig och således ligger längre i sin process än personerna i studierna av Russel m.fl. (2013) och Piana m.fl. (2013) Kanske också för att informanterna i denna studie redan utvecklat en stabilare förstärkning av empowerment och KASAM, vilket kommer fram som ett positivare sätt att se på saker och leder till större benägenhet att lösa och omstrukturera problem istället för att bli passiva inför dem.

8 KRITISK GRANSKNING

Under denna studies gång har jag strävat till att minimera de problem som har att göra med validitet och reliabilitet (Carlström & Carlström-Hagman 2011 s. 138; Jacobsen 2007 s. 156). Studien har även utförts i enlighet med god vetenskaplig praxis för att kunna vara etiskt godtagbar och tillförlitlig men också för att resultatet skall kunna vara trovärdigt (Forskningsetiska delegationen 2012 s. 18).

8.1 Val av metod

Som metod valdes fokusgrupp-intervjuer som datainsamlingsmetod. Nu i detta skede då intervjuerna är gjorda och materialet är analyserat och diskuterat kan jag säga att metoden var lämplig för att hitta svar på mina forskningsfrågor. Fokusgrupper gjorde det möjligt att få en mer omfattande och nyanserad information och åsikter än vad som kanske traditionella enskilda intervjuer skulle ha gett. Med fokusgrupper gjordes möjlighet att ha fler informanter än vad individuella intervjuer hade gjort möjligt. Diskussionen som skapades i fokusgrupperna gjorde det även möjligt för moderatorn att hålla sig mera i bakgrunden och i mindre grad påverka resultatet. (Carlström & Carlström-Hagman 2011 s. 283-284 och 287)

8.2 Validitet

I enlighet med Jacobsen handlar validitet om huruvida man mäter det man vill mäta. Inom den kvalitativa forskningen finns det inte en absolut sanning eller en absolut beskrivning. För att klara av datainsamlingen på ett tillfredsställande sätt måste forskaren även ofta koncentrera sig på ett jämförelsevis litet antal personer, vilket mycket väl påverkar resultatet så att maximal variation av svar inte täcks. Syftet med denna studie var att gå på djupet och öka en förståelse för fenomenet och inte att framställa ett material

som kan representera en hel population. (Carlström & Carlström-Hagman 2011 s. 129-130; Jacobsen 2007 s. 116 och 156-157)

Val av informanter påverkar resultatet och validiteten. Ju närmare fenomenet informanterna står desto starkare är trovärdigheten i deras utsagor. Informanterna har själva genomgått en lyckad förändringsprocess, d.v.s. de refererar händelser de själva varit med om, vilket ökar validiteten. (Jacobsen 2007 s. 157 och 160)

Som forskare har jag även strävat till att vara noggrann vid analys av materialet. Jag har även strävat till att hålla mig objektiv och inte ha en förutfattad inställning vid såväl planeringen och utförande av intervjun som vid analysen av resultatet. Jag har även hållit i åtanke under hela processen att i min relation till detta ämne präglas av en närhet, inte bara att metoden är av kvalitativ art, utan att jag även på en personlig nivå har ett starkt intresse för ämnet i fråga och härmed en stark förförståelse. (Carlström & Carlström-Hagman 2011 s. 130-131 och 191; Jacobsen 2007 s. 172-173)

Fokusgrupperna har bandats in, vilket innebär att råmaterialet ha hållits opåverkat av moderatorns minne, åsikter eller förmåga att göra anteckningar vilket är viktigt för validiteten (Jacobsen 2007 s. 136 och 159-160). För att så exakt som möjligt kunna dokumentera fokusgrupperna har de skrivits ut i korrekt form och utsagorna har hållits på informanternas modersmål och i talform (Carlström & Carlström-Hagman 2011 s. 138).

Forskningsprocessen och datainsamlingen har varit följsam gentemot det som studerats. Trots att jag haft en intervjuguide som kan betraktas som en kategorisering som gjorts på förhand, har mitt slutliga resultat inte blivit kategoriserat enligt intervjuguiden. Detta vill jag se som något som pekar på en objektivitet och frånvaro av förutfattad inställning vid analysen av materialet. Däremot finns alltid risken att jag s.a.s. valt ut fel citat. Jag har dock analyserat mina egna resultat genom att försöka kategorisera dem på olika sätt. (Carlström & Carlström-Hagman 2011 s. 129-130; Jacobsen 2007 s. 173)

För att få styrkt validitet gällande resultaten och slutsatserna, har resultaten speglats mot tidigare forskning och teorier på området. Paralleller har kunnat hittas, dels i tidigare forskning och dels i de tidigare teorier, vilket stärker resultatets validitet. De olikheter som framkommit i jämförelse med den tidigare forskningen har även lyfts fram. (Carlström & Carlström-Hagman 2011 s. 139; Jacobsen 2007 s. 158-159)

8.3 Reliabilitet

Metoden påverkar undersökningens reliabilitet. Gällande fokusgrupp-intervjuer bör man beakta intervjueffekten d.v.s. att intervjuarens närvaro skapar vissa resultat såväl som kontexteffekten, d.v.s. att platsen där intervjun genomförs och de relationer som uppstår i gruppen kan skapa vissa resultat.

Intervjuerna är utförda på Karjalohjan Päiväkumpu som i detta skede var en van och trygg plats för informanterna och kan ses som en naturlig plats för informanterna. Samma rum och upplägging användes för båda grupperna. Informanterna var även bekanta med varann mer eller mindre. En del av informanterna var från samma Aslak-grupp och en del hade lärt känna varann under årets gång p.g.a. av att de haft Aslak-kursdelar med i stort samma tidtabell. (Jacobsen 2007 s. 11 och 173)

Vad gäller mitt agerande som moderator, har jag helt säkert agerat olika vid de två fokusgrupperna, även om jag i båda fallen har förberett mig och platsen lika noggrant. Jag kan ej heller vara säker på vad mina nonverbala signaler och bl.a. klädsel kan ha signalerat, men jag strävade till att klä mig neutralt och förhålla mig lika sakligt i båda situationerna. (Jacobsen 2007, s 172 och 284-285)

Trots att jag haft en intervjuguide har jag låtit diskussionen styras av gruppen. Informanterna har givits en möjlighet att själva berätta och fundera i grupp över ämnet i fokus. Detta innebär dock att mina frågor och följdfrågor inte varit helt lika i båda grup-

perna vilket å andra sidan hör till den kvalitativa forskningsintervjuns natur och enligt Carlström och Carlström-Hagman bör ske. För att uppnå syftet med denna studie var det även nödvändigt och genom det också stärker validiteten. (Carlström & Carlström-Hagman 2011 s. 130; Jacobsen 2007 s. 140)

8.4 Generaliserbarhet

Generaliserbarheten (extern validitet) står för den grad i vilken resultaten från denna undersökning kan generaliseras till andra situationer. Syftet med kvalitativa metoder är i regel inte att generalisera från ett litet urval av enheter till en större population vilket denna studie inte heller har strävat till. Målet har varit att öka en förståelse för fenomenet. (Jacobsen 2007 s. 166) Resultatet av denna studie går att generalisera till andra liknande förändringsprocesser bland friska vuxna. Men en viss försiktighet gällande generaliserbarhet bör beaktas, eftersom urvalet varit vinklat och härmed inte rakt kan generaliseras till andra sammanhang. Dessa resultat gäller friska vuxna, som genomgått en lyckad Aslak-process där de själva fått lägga upp sina hälsofrämjande målsättningar. Det bör även hållas i minne att förändringsprocesserna i detta arbete har utvärderats ett år efter kursinledning vilket betyder att situationen inte behöver vara den samma om utvärdering skulle göras på nytt efter t.ex. fem år.

KÄLLOR

Antonovsky, Aron. 1987, *Hälsans mysterium*. 2. uppl., Natur och kultur, 271 s.

Carlström, Inge; Carlström-Hagman, Lena-Pia. 2011, *Metodik för utvecklingsarbete och utvärdering*, 5. uppl., Lund: Studentlitteratur, 447 s.

Cattan, Mima; Tilford, Sylvia. 2006, *Mental Health Promotion. A lifespan approach*. New York: Mc Graw Hill/Open University press, 247 s.

Forskningsetiska delegationen. 2012, *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. Tillgängligt:
http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Hämtad 15.9.2014

FPA a. *Aslak-kurssi*. Tillgänglig: http://www.kela.fi/tyoikaisille_aslak-kurssit. Hämtat 15.10.2014

FPA b. *GAS-menetelmä. Käsikirja*. 2 versio. Tillgänglig:
http://www.kela.fi/documents/10180/12149/gas_kasikirja_100518.pdf Hämtad 1.9.2014

FPA c. 2011, *FPA:s standard för rehabilitering i öppen och sluten vård. Servicelinjen för yrkesorienterad medicinsk rehabilitering*. Tillgänglig:

http://www.kela.fi/documents/12084/12189/120101_aslak_standardi.pdf Hämtat 2.3.2014

Graneheim, U.H.; Lundman, B. 2004, Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* (2004) 24 s. 105-112.

Green, Jackie; Tones, Keith. 2010, *Health Promotion. Planning and strategies*. 2. uppl., Sage 576 s.

Jacobsen, Dag Ingvar. 2007, *Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt beteende*. Lund: Studentlitteratur, 316 s.

Kiresuk, Thomas; Smith, Aaron; Cardillo, Joseph. 2012, *Goal Attainment scaling: Application, theory and measurement*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 336 s.

Krueger, Richard; Casey, Mary Anne. 2009, *Focus groups. A practical guide for applied research*, 4. uppl., Sage, 219 s.

Kvale, Steinar; Brinkmann, Svend. 2009, *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 2. uppl., Lund: Studentlitteratur, 370 s.

Lindstedt, Helena; Ivarsson Ann-Britt. 2008, *Goal attainment scaling GAS Måluppfyllelseskala. Manual*. Örebro: Örebro universitetet, 52 s.

Piana, N.; Battistini, D.; Urbani, L.; Romani, G.; Fatone, C.; Pazzagli, C.; Laghezza, L.; Mazzeschi, C.; Feo, D. 2013, Multidisciplinary lifestyle intervention in the obese: Its impact on patients' perception of the disease, food and physical exercise. *Nutrition, metabolism & Cardiovascular diseases* 2013; 23: 337-343

Prochaska, James; Redding, Colleen; Evers, Kerry. 2008, The transtheoretical model and stages of change. *Health behaviour and health education. Theory, research and practice*. 4. uppl., Jossey-Bass, 552 s.

Russell, Holly Ann; Rufus, Cheryl; Fogarty, Colleen T.; Fiscella, Kevin; Carroll, Jennifer. 2013, You need support. When you don't have that... chocolate look real good." Barriers to and facilitators of behavioural changes among participants of a healthy living program. *Family Practice* 2013; 30: 452-458.

Satychev, Mikhail. 2013, *The Effectiveness of Vocationally oriented medical rehabilitation (ASLAK®) Amongst Public Sector Employees*. Åbo: Åbo universitet, 74 s.

Scriven, Angela. 2013, *Ewles & Simnett Hälsoarbete*. 3. uppl., Lund: Studentlitteratur, 439 s.

Social- och hälsovårdsministeriet. 2001, *Stadsrådets principbeslut om folkhälsoprogrammet 2015*. Publikation 2001:5. Helsingfors: Social- och hälsovårds ministeriet, 35 s.

Tones, Keith; Tilford, Sylvia. 2001. Health Promotion. Effectiveness, efficiency and equity. 3. uppl., Nelson Thornes Ltd, 524 s.

FIGURER

Figur 1. Hälsoaktionsmodellen (Figur tagen från Scriven 2013 s. 351)

BILAGOR

Bilaga 1. GAS måluppsättningsblanketten (FPA b.)

Kelaⁱ

GAS – Tavoitteen asettaminen

Kuntoutuksen henkilötunnus

Ohjeita lomakkeen täyttämiseen sivulla 2.

1 Kuntoutuksen sukunimi ja etunimet

PERUSTIEDOT

Kuntoutuksenmuoto

Kurssin nro

Aloituspvm.

Lopetuspvm.

Palveluntuottaja

2
TAVOITTEEN
ASETTAMINEN
JA ARVIOINTI

TAVOITE 1:

Asteikko		Arviointipvm.
	Selvästi odotettua matalampi -2	
	Jonkin verran odotettua matalampi -1	
	Tavoitetaso 0	
	Jonkin verran odotettua korkeampi +1	
	Selvästi odotettua korkeampi +2	

TAVOITE 2:

Asteikko		Arviointipvm.
	Selvästi odotettua matalampi -2	
	Jonkin verran odotettua matalampi -1	
	Tavoitetaso 0	
	Jonkin verran odotettua korkeampi +1	
	Selvästi odotettua korkeampi +2	

TAVOITE 3:

Asteikko		Arviointipvm.
	Selvästi odotettua matalampi -2	
	Jonkin verran odotettua matalampi -1	
	Tavoitetaso 0	
	Jonkin verran odotettua korkeampi +1	
	Selvästi odotettua korkeampi +2	

3 Tavoitteiden asettamisvpm.

Kuntoutuksen tai hänestä huolehtivan henkilön allekirjoitus

ASETTAMIS-
PÄIVÄMÄÄRÄ
JA
ALLEKIRJOITUS

Moniammatillisen työryhmän edustaja ja ammattinimike

4
PISTEET

Pistemäärä

T-lukuarvo

Bilaga 2. Sökord, databaser och träffar

Sökord	PubMed 24.9.2014	Academic Search Elite + Cinahl 14.11.2014	Godkända ar- ticklar
"CHANGE IN HEALTH BEHAVIOR" AND "HEALTH PROMOTION" AND "ADULTS"	20 träffar	0 träffar	0
CHANGE IN HEALTH BEHAVIOR AND HEALTH PROMOTION AND ADULTS	117 träffar	27 träffar	0
"CHANGE IN HEALTH BEHAVIOR" AND "FOCUS GROUPS"	28 träffar	0 träffar	0
"SELF-MANAGEMENT" AND "CHANGE IN HEALTH BEHAVIOR" AND "ADULT"	8 träffar	0 träffar	0
"SELF-MANAGEMENT" AND "GOAL SETTING IN PERSONNEL" AND "HEALTH BEHAVIOR"	5 träffar	0 träffar	0
SELF-MANAGEMENT AND GOAL SETTING IN PERSONNEL AND HEALTH BEHAVIOR	21 träffar	0 träffar	0
"SELF-MANAGEMENT" AND "GOAL SETTING IN PERSONNEL" AND "FOCUS GROUP"	1 träffar	0 träffar	0
SELF-MANAGEMENT AND GOAL SETTING IN PERSONNEL AND FOCUS GROUP	7 träffar	1 träffar	0
MOTIVATION OF CHANGE AND LIFESTYLE AND ADULTS	216 träffar	0 träffar	2 articklar, båda via PubMed
"PROCESSE OF CHANGE" AND "FOCUS GROUPS"	0 träffar	6 träffar	0
"PROCESS OF CHANGE" AND "MOTIVATION"	27 träffar	10 träffar	0
"CHANGE IN HEALTH BEHAVIOR" AND "GOAL SETTING"	15 träffar	0 träffar	0

Bilaga 3. Fokusgruppens intervjuguide

Fokus-ryhmän runko

Tervetuloa keskusteluryhmään.

Kiitos että olette valmiit uhraamaan aikaanne osallistumalla keskusteluryhmään. Teidät on kutsuttu tähän tilaisuuteen, koska olette Aslak-prosessin aikana omissa GAS-tavoitteissanne saavuttaneet vähintään itsellenne asettamanne ja määrittelemänne tavoitetasot .

Osana ylemmän AMK opintojeni opinnäytetyötä tutkin muutosprosessia. Minua kiinnostaa saada kuulla, teidän ajatuksia ja näkemyksiä siitä, miten ja miksi juuri te olette onnistuneet saavuttamaan tavoitteenne. Tulemme keskustelemaan siitä, mitkä asiat teidän mielestänne ovat vaikuttaneet onnistumiseenne.

Keskustelumme nauhoitetaan ja kirjataan. En halua jättää tärkeitä näkemyksiä muistini varaan. Kaikesta mitä ryhmässä keskustellaan ja siellä sanotaan, käsitellään luottamuksellisesti. Opinnäytetyössäni käsitelen tietoja niin, ettei kukaan voi tunnistaa teidän henkilösyöttänne.

Tarkoitus on että keskustelette vapaasti. Minä pysyttelen enemmänkin taustalla, mutta esitän välillä joitakin pääkysymyksiä. Oikeita tai vääriä vastauksia tai ajatuksia ei ole. Keskustelussa saa olla samaa mieltä kuin joku toinen, mutta myös erimielitä. Saatte mielellänne jatkaa toisen kommentoimista. Ja tarvittaessa tarkennatte omaa näkemystänne.

Pyrin saamaan kaikki mukaan keskusteluun ja tarvittaessa kysyn jonkun toisen henkilön mielipidettä. Haluan että kaikki puhuvat, koska kaikkien ajatukset ja mielipiteet ovat minulle tärkeitä. Jollakin voi olla jostain aiheesta enemmän ajatuksia kuin toisilla, tai ajatuksia joita ei halukaan jakaa ryhmän kanssa. Jokainen päättää itse.

Keskustelu tapahtuu puhuen yksi kerrallaan ja yhtenä ryhmänä (esim. ei vain vierustoverin kanssa hiljaa).

Voi myös olla että ohjaan keskustelun takaisin ydinaiheeseen, jos keskustelu rönsyilee liikaa.

Kysymykset

1. Jokainen kertoo etunimensä ja lyhyesti kuka hän on, mitkä tavoitteet hän noin vuosi sitten on asettanut itselleen ja mitkä hän on saavuttanut tämän kuntoutusprosessin aikana. (GAS-tavoitelomakkeet)
2. Palauta mieleen, sekä kuntoutuksen alkuvaihe jossa asetit itsellesi tavoitteita että tilanne ensimmäisen jakson jälkeen kun lähdit kotiin. Miten toimit/ mitä ajattelit?
3. Mitkä asiat auttoivat sinua pääsemään tavoitteiden suhteen alkuun?
4. Mitkä asiat saivat sinut jatkamaan kohti tavoitetta? Erilaiset asiat alku- ja loppuvaiheessa?
5. Ovatko tavoitteet muuttuneet matkan varrella?
6. Pitikö matkan varrella muuttaa toimintatapoja? Miten oivalsit sen?

7. Mitä teit tai ajattelit, jos/kun matkan varrella kohtasit pettymyksiä, motivaatiosi laski, tai arjen muut asiat veivät paljon aikaa?
8. Millaisia oivalluksia on tullut prosessin aikana?
9. Oletko hakenut tai pyytänyt tukea – millaista, keneltä tai mistä?
10. Onko sinulla ollut muita työkaluja, joista on ollut prosessin kannalta hyötyä?
11. Onko jotain mikä prosessin aikana yllätti – esim. ajatuksissa tai tekemisissä?
12. Oletko joutunut luopumaan jostain, jotta muutosprosessi oli mahdollista? Oivalsitko jotain uutta tai vahvistuiko jotain vanhaa. Milloin prosessin aikana ymmärsit, että näin piti toimia?
13. Mitkä ohjeet antaisit niille henkilöille, jotka tavoittelevat samantyyppisiä elämäntapa-/terveys-muutoksia?
14. Mitkä ohjeet antaisit ammattihenkilöille, joka työssään tukevat ihmisiä elämäntapatavoitteissaan?
15. Onko vielä jotain, mitä haluat sanoa liittyen muutosprosessiin?

Bilaga 4. Följebrevet

Saatekirje haastateltaville

Nimeni on Linda Sundström ja toimin täällä Päiväkummussa kuntoutuksen esimiehenä. Työni ohella opiskelen Ammattikorkeakoulu Arcadassa aiheena, "Terveystietäminen". Opintoni johtavat ylemmän ammattikorkeakoulututkintoon. Opintoni ovat loppusuoralla, ja teen tällä hetkellä opinnäytetyötäni.

Työni aiheena on ihmisen terveydellinen muutosprosessi. Haen vastauksia siihen, miksi jotkut ihmiset onnistuvat muuttamaan elämäntapojaan ja mitä mieltä he itse ovat tästä asiasta. Tutkimuskysymykseni on: "Mitkä tekijät haastateltavat kokevat keskeisiksi, jotta oman terveyselämäntavan edistämisen muutosprosessi onnistuisi". Ohjaajani toimii yliopettaja Ira Jeglinsky-Kankainen.

Tiedonkeruun teen haastatteluryhmissä. Ryhmiä on kaksi, kussakin n. 4-6 haastateltavaa. Haastatteluryhmät kestävät 1,5-2 tuntia. Ryhmähaastattelu on vapaaehtoista. Jokaisella on oikeus, syytä kertomatta, keskeyttää haastattelu omalta osaltansa milloin vaan.

Keskustelut nauhoitetaan ja haastattelut/keskustelut kirjoitetaan puhtaiksi lopullisia analyysyä varten. Kirjaustyön tekee Niklas Malm, sama henkilö, joka myös kirjaa teidän kuntoutuselosteenne ollessanne kuntoutuksessa täällä.

Ryhmän sisällä tapahtuvalla keskustelulla on keskeinen rooli. Keskusteluista haen teemoja, ja vastauksia tutkimuskysymyksiini. Toivon että jokainen teistä tuo esille omia kokemuksiaan ja ajatuksiaan! Haluan nimenomaan teidän mielipiteitänne aiheesta. Haluan myös painottaa, että oikeita tai väärä vastauksia ja mielipiteitä ei ole.

Ryhmäkeskusteluissa esille tulleista teemoista, ajatuksista ja päätelmistä kokoon lopputyöni tulos- ja keskusteluosion. On mahdollista että kirjaan ryhmien ikä- ja sukupuolijakauman, ammattialat, sekä myös GAS-tavoitteet. Pidän kuitenkin huolen siitä, ettei kenenkään henkilöllisyys paljastuu näistä tiedoista. Haastateltavien henkilöiden henkilöllisyys on luottamuksellinen ja itse tutkimus noudattaa eettisiä periaatteita ja hyvää tutkimuksellista käytäntöä. Kaikkea mitä ryhmässä sanotaan ja keskustellaan, käsitellään luottamuksellisesti ja vain minä ja ohjaajani (kirjuri vain kirjaa) tulee lukemaan kirjatut keskustelut. Keskustelumateriaalia tulen ainoastaan käyttämään lopputyössäni. Sinä aikana kun teen opinnäytetyötäni pidän kaiken aineiston tallessa niin, ettei kukaan asiankuulumattomalla ole pääsyä niihin. Kun opinnäytetyöni on valmis ja hyväksytty tuhoan kaiken keskusteluihin liittyvän materiaalin.

Olen erittäin kiitollinen siitä että voisitte osallistua haastatteluryhmiin ja näin antaa oman panoksenne ja tärkeätä tietoa tutkimukseni onnistumiselle.

Jos kaipaatte lisätietoa tutkimuksestani tai haastattelutilaisuudesta voit soittaa minulle (puh: 040-7041576), tai ottaa yhteyttä sähköpostilla (linda.sundstrom@dnainternet.net). Tai ohjaaja/yliopettaja Ira Jeglinsky-Kankainen (ira.jeglinsky-kankainen@arcada.fi)

Kunnioittaen, Linda Sundström

[illegible]